ПРАЦЫ

Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту ў Менску

ТРУДЫ

Белорусского Государственного Университета в г. Минске

LES ANNALES

de l'Université de la Russie Blanche

МЭДЫЧНЫ ФАКУЛЬТЭТ

1930 г. № 24

Выданьне Праўленьня Б. Д. У.
Менск — 1930

Зак. № 101. 500 экз. Галоўлітбел № 2087.

Друкарня Беларускага Дзяржаўнага Выдавецтва.

Дэклясаваныя яўрэі г. Менску.

(Вопыт сацыяльна-гігіенічнага дасьледваньня).

Дацэнт **С. Р. Дзіхцяр.**

(З катэдры сацыяльнае гігіены БДУ*).

I

Гэтая праца названа вопытам *сацыяльна-гігіенічнага* дасьледваньня ня толькі таму, што ў ёй высьвятляецца стан здароўя пэўнай „месцам, часам і грамадзка зьвязанай сацыяльнай групы і яе патомства“, альбо таму, што ў ёй разглядаюцца мерапрыемствы для падтрыманьня і палепшаньня здароўя гэтае групы (Hueppe[1]); гэтая назва не вызначаецца таксама выключна тым мэтадам (статыстычным), якім дабываліся матар'ялы і распрацоўваліся вывады. Пры сучасным становішчы агульна-біалёгічных і мэдычных ведаў, пры сучасным разуменьні значэньня сацыяльных фактараў у жыцьці насельніцтва, пры сучасных поглядах на ролю *працы і вытворчых адносін* у разьвіцьці грамадзтва,—сацыяльная гігіена не павінна разглядацца толькі як адна з мэдычных дысцыплін, як сумеснасьць зьвестак і даных „пра адносіны паміж станам здароўя і сацыяльнымі ўмовамі“[2]), набытых пэўным мэтадам, як кіраўніцтва па ахове здароўя. Сацыяльная гігіена—гэта „частка агульнай сацыяльнай палітыкі, якая аб'ектам свайго ўплыву, нарэшце, мае вытворчасьць насельніцтва, таму аб'ектам уплыву сацыяльнай гігіены зьяўляюцца біялёгічныя фактары гэтае вытворчасьці. Інакш кажучы, практычна сацыяльная гігіена павінна імкнуцца да падвышэньня вытворчасьці грамадзтва шляхам палепшаньня сацыяльнага здароўя, здароўя *мас* вытворнікаў матар'яльных каштоўнасьцяй. Адсюль вынікаюць яе тэарэтычныя задачы: вывучэньне значэньня масавага здароўя, як *фактара вытворчасьці*, і залежнасьці масавага здароўя ад розных умоў—сацыяльных і прыродных. Зразумела, тут нельга параўноўваць такое разуменьне сацыяльнае гігіены з іншымі вызначэньнямі, якія вядомы ў літаратуры, якія вельмі добра аналізаваны прафэсарам *З. Г. Фрэнкелем*[3]). Зразумела, мы ні ў якай меры ня можам прэтэндаваць і на навізну такога разуменьня. Так, яшчэ ў часы „мэдычнае паліцыі“ прафэсар *Мікола Дзякаў* лічыў, што „лекавая паліцэйская навука прапануе правілы і вучэньне, па якіх дактары могуць даваць парады ўраду, як належыць клапаціцца аб усеагульным здароўі і дабрабыце народу на *карысьць дзяржавы*“ (курсыў наш—*С. Д.*) (гл. *З. Г. Фрэнкель*[3]). Прафэсар *Дабраславін*[4]) у 1871 г. пісаў вельмі яскрава: „у інтэрнаце пад здароўем трэба разумець стан найбольшай

---

*) Матар'ял для работы атрыман у дасьледчым габінэце Яўрэйскага Мэд.-Сан. Т-ва (ЕМСО) у Менску.

Лічу сваім абавязкам падзякаваць прафэсароў З. Г. Фрэнкеля, М. М. Грана за тыя каштоўныя заўвагі, якія яны зрабілі пасьля азнаямленьня з манускрыптам. Доктара Брамсона і праўленьне Менскага ЕМСО дзякую за дапамогу пры працы. Дактароў Беленькага. Саета і Рубінчыка дзякую за ўдзел у мэдычным аглядзе, а студэнтаў Гольдберга, Майзель. Курдзіну, Шэршэневіч Эзрохі, Левітан, Сьнежко—за ўважлівыя адносіны пры санітарна-бытавых дасьледваньнях і статыстычнай распрацоўцы матар'ялу пад нашым кіраўніцтвам.

здольнасьці да фізычнае працы, якая адпавядае наліччу сіл данага непадзельнага. Такога роду сэнс, які надаецца здароўю, здаецца зусім зразумелым, калі мы зьвернем увагу на тое, што ўсім сваім дабрабытам людзі абавязаны ўтвараемай імі працы, мускульнай працы, без якой самае разумовае разьвіцьцё робіцца немагчымым... Гігіена—навука аб здароўі—раней і больш за ўсё павінна зьвяртаць увагу на той сынонім здароўя ў інтэрнаце, якім сапраўды абумоўліваецца ўвесь дабрабыт чалавецтва. *Гігіена павінна вывучаць умовы для найбольшай карыснасьці дзейнасьці чалавека* (курсыў наш—*С. Д.*), вызначыць абставіны, якія спрыяюць працы альбо, наадварот, якія ўплываюць на яе няспрыяюча, і вышукваць сродкі для пасіленьня першых і зьнішчэньня апошніх". Далей, указаньне на сувязь паміж сацыяльна-гігіенічнымі мерапрыемствамі і вытворчасьцю мы знаходзім у *В. С. Лебедзева* (гл. *З. Г. Фрэнкель*[1]), які пісаў у 1902 г.: „Асноўная задача яе (земскае мэдыцыны) заключаецца ня толькі ў тым, каб лячыць, але яшчэ больш у тым, каб папярэдзіць хваробы, *падвышаць працаздольнасьць насельніцтва* (курсыў у *З. Г. Фрэнкель*), дзейнічаючы непасрэдна на зьнішчэньне галоўных прычын, якія паніжаюць узровень грамадзкага здароўя і скарачаюць жыцьцё чалавека". У *Е. А. Восіпава* (гл. *Фрэнкель*[3]) ёсьць погляд на народанасельніцтва, як на крыніцу вытворчых сіл. Прафэсар *Фрэнкель*[3]) дакладна кажа, што... „жыцьцё і здароўе ўсякага асобнага чалавека ва ўмовах сучаснага культурна-эканамічнага кола мае ня толькі для яго самога, але і для ўсяе грамадзкасьці пэўную сацыяльную і *гаспадарчую вартасьць*". Ва ўвазе да гэтага прафэсар *Фрэнкель* прыводзіць таксама разуменьне эканамічнай вартасьці жыцьця і здароўя працаздольных людзей *Эрнестам Энгелем, Петэнкофэрам, Пасадоўскім-Венерам.*

Цікава ў зьвязку з гэтым прывесьці думку *Дрэзеля*[5]): „Часта вартасьць чалавека вымяраецца чыста эканамічна грашыма і на насельніцтва краіны глядзяць як на народны капітал у сэнсе матар'яльнага багацьця. Усе такія спробы застаюцца нікчэмнай гульняй. Чалавек не зьяўляецца матар'яльным багацьцем і яго праца залежыць ня толькі ад фізычнага здароўя, але ў большай меры—ад яго душэўнай устаноўкі ў адносінах грамадзтва і яго задач". Такі „сацыял-гігіенічны" падыход да вартасьці чалавека вельмі характэрны ня толькі для буржуазнага вучонага, але і ў нас часта можна сустрэць погляд, быццам задачы сацыяльнай гігіены прыходзяць да вывучэньня ўплыву сацыяльных умоў на пахаджэньне захварэньняў і барацьбы з гэтымі захварэньнямі шляхам зьмены сацыяльных умоў, прычым—і гэта самае важнае—маюцца на ўвазе захварэньні асобных індывідуумаў. Выходзіць вельмі арыгінальная канцэпцыя „сацыяльна-гігіенічнага" падыходу да хворага, які зьяўляецца аднолькавым з прафіляктычным, і які па сутнасьці справы прадстаўляе сабой Contradictio in adjeto. Таму, нават пры больш правільным матар'ялістычным (у параўнаньні з *Дрэзелем*) разуменьні працы, у такім „сацыяльна-гігіенічным падыходзе" вельмі мала ад сацыяльнай гігіены. Сацыяльная гігіена ня мае нічога супольнага са здароўем асобных індывідуумаў—яе аб'ектам зьяўляецца *масавае* здароўе (1), прычым гэтае здароўе цікавіць яе, як *фактар вытворчасьці грамадзтва* (2).

Вось гэтыя два асноўныя палажэньні нам і хацелася падкрэсьліць. Бязумоўна, мы ня можам тут больш падрабязна іх разьвіваць і абумоўліваць, але яны павінны нам дапамагчы растлумачыць задачы і сэнс усяе гэтае працы.

Справа ў тым, што дэклясаванае яўрэйства прадстаўляе, з нашага пункту погляду, вялізарны сацыяльна-гігіенічны інтарэс не таму, што

яно прадстаўляе сабой адну з небясьпечаных груп, а *Кіскальт* „каратка, метка і правільна в значае сацыяльную гігіену, як гігіену незабясьпечаных (Minderbemittelte)“ (*Семашка*[6]). Быць можа, ва ўмовах Савецкага Саюзу, дзе сацыяльная гігіена з гігіены абяздоленых зрабілася гігіенай працоўных, якраз *дэклясаванае* яўрэйства менш за ўсё можа і павінна займаць увагу сацыял-гігіеніста. Аднак, апроч шэрагу цікавых зьявішч сацыяльна-біялёгічнага характару, якія наглядаюцца ў колах дэклясаванага яўрэйства, інтарэс яго вывучэньня вызначаецца іменна яго сапраўднай і *магчымай* рольлю ў вытворчасьці нашай краіны будуючагася сацыялізму. Зразумела, што гэтая роля залежыць і ад стану масавага здароўя, бо бязумоўна, што „ў нашых умовах адсталай тэхнікі становішча жывых працоўных сіл зьяўляецца ўмовай разьвіцьця вытворчасьці працы“ (*Семашка*[7]), але таксама нясумненна, што значэньне і роля дэклясаванага яўрэйства ў вытворчасьці вызначаецца ня толькі гэтым. Мы думаем, што гэта дапасавальна да ўсякай іншай групы насельніцтва, што можна наогул сказаць, што масавае здароўе зьяўляецца *адным з фактараў* вытворчасьці, а высьвятленьне, у якой меры ў даных канкрэтных умовах гэты фактар важны, і складае адну з галоўнейшых задач сацыяльнай гігіены, на якую да гэтага часу невыстарчальна зьвярталася ўвага. Высьвятленьне адпаведнасьці становішча масавага здароўя *дэклясаванага* яўрэйства задачам вытворчасьці і складае асноўны сэнс данай працы. Такая пастаноўка дасьледваньня нам здаецца правільнай ня толькі з пункту погляду сацыяльнай гігіены, але і з пункту погляду клясавага разуменьня грамадзкіх зьявішч, у тым ліку і сацыяльнага здароўя. Даволі толькі намякнуць на адносіны да сацыяльна-гігіенічных праблем у капіталістычным грамадзтве, на эўгенічныя погляды, пануючыя ў ім, каб упэўніцца, што гэтыя погляды—іменна „погляды пануючых клясаў“. Выключна з пункту погляду інтарэсаў апошніх распрацоўваюцца „сацыяльна-гігіенічныя“ мерапрыемствы. Самае наліччa „абяздоленых“, гэтага асноўнага спажыўца такіх мерапрыемстваў,—зьяўляецца ў сутнасьці абавязковым інгрэдыентам капіталістычных вытворчых адносін; капіталістычнае грамадзтва бяз гэтага, па самай сваёй сутнасьці, немажліва, і „сацыяльная гігіена“ ў капіталістычных краінах, па сутнасьці, вывучае мерапрыемствы ў галіне сваёй кампэтэнцыі, для захаваньня існуючых там гэтых капіталістычных вытворчых адносін. Толькі з гэтага пункту погляду можна зразумець той факт, што ні адзін сацыял-гігіеніст за межамі СССР сур'ёзна не запрапануе зьмены капіталістычнага ладу, як асноўнае сацыял-гігіенічнае мерапрыемства.

У Савецкім Саюзе пануючай клясай зьяўляецца пралетарыят, і савецкая сацыяльная гігіена павінна вывучаць і распрацоўваць мерапрыемствы ў галіне сваёй кампэтэнцыі па захаваньню і разьвіцьцю складаўшыхся ў нас вытворчых адносін у напрамку сацыялістычнага будаўніцтва. Для гэтага будаўніцтва, зразумела, надта важна магчыма большае распаўсюджаньне вытворчае працы, і дэклясаванае яўрэйства ў гэтых адносінах, надта важны аб'ект сацыяльна-гігіенічнага вывучэньня, г. зн. дасьледваньня яго масавага здароўя, як фактара вытворчасьці.

Гэтым вызначаюцца нашы адносіны да так званых „расавых“ адзнак яўрэяў. Калі кажуць аб значэньні расавых адзнак у сацыяльнай гігіене, то гэтым, мусіць, хачуць падкрэсьліць біялёгічны пункт погляду. Прызнаючы ўсю важнасьць для сацыяльнай гігіены ўлічваць усякія біялёгічныя, прыродныя фактары, будаваць на іх вывады, асноўвацца і з іх выходзіць—вельмі часта, аднак, зусім выпускаюць з віду, што чалавечая біялёгія ня ёсьць заалёгія і што разьвязаць праблемы разьвіцьця чалавечага грамадзтва па літары прыродазнаўчага навуко-

вага закону, хаця-б і ўстаноўленага для ўсяго жывотнага сьвету, так-жа бяссэнсна, як і, наадварот, на падставе сацыяльных законаў вырашаць біалёгічныя праблемы. Да якога абсурду можна дайсьці, прытрымліваючыся заалёгічнага пункту погляду ў адносінах сацыяльна-гігіенічных пытаньняў, можа паказаць наступная цытата, узятая намі з артыкулу аўтарытэтнага нашага біалёга: „Высокая дзіцячая сьмяротнасьць, надта характэрная для рускай малакультурнасьці, зьяўляецца *прадметам зайздрасьці* для шматлікіх чужаземных эўгеністаў, таму што яна *падтрымлівае вядомы ўзровень прыроджаных фізычных уласьцівасьцяй*“ (*Кальцоў* [8]). З гэтага заалёгічнага пункту погляду нічога дзіўнага ўжо няма і ў такой заяве: „Чым больш актыўныя расы, чым вышэйшыя і больш роўныя па паходжаньню іх дараваньні,—тым гарачэй і з большым посьпехам узгараецца барацьба супарства. Гэта ёсьць *сапраўдны біалёгічны закон*, што расы, якія найбольш блізка падыходзяць адна да другое і змагаюцца за тыя ж сродкі існаваньня і разьвіцьця,—павінны вясьці паміж сабой самую гарачую барацьбу за існаваньне. Самыя важныя па выніках падзеі сусьветнае арыстакратыі і сусьветнае цывілізацыі нарадзіліся з працівалегласьцяй і барацьбы паміж германскімі плямёнамі і паміж германскімі героямі. Германская раса прызвана ахапіць зямную кулю сваім панаваньнем, выкарыстаць багацьці і *працоўнай сілы* і ўключыць пасыўныя расы, як службовы член свайго культурнага разьвіцьця. Існуюць сантымэнтальныя палітыкі, 'якія лятусяць аб саюзе ўсіх германскіх пляменьняў. Пангерманізм між тым зьяўляецца ўжо гістарычна адбыўшымся фактам, і таму можна з задзіўленьнем запытаць: супроць каго-ж павінен быць накіраваны гэты саюз? Бо германец для германца ёсьць самы вялікі і самы небясьпечны вораг. Зьнішчыць гэтую варажасьць са сьвету—значыць, спыніць культурнае разьвіцьцё ў яго асноўных умовах,—дзіцячае стараньне разьбіць натуральныя законы шляхам лятусеньня“ (*Л. Вольтман* [9]). Ітак міжнародная варажасьць—біалёгічны закон, „навукова“ ўстаноўлены і столькі-ж „біалёгічны“ „распад грамадзтва на стан і прафэсіі“, які зьяўляецца вынікам разьдзяленьня працы і панаваньня *на падставе розьніцы фізычных і душэўных здольнасьцяй*. Гэтыя расчляненьні грамадзтва грунтуюцца мною на племянных і расавых розьніцах, альбо на варыяцыі і накапленьні індывідуальных энэргій унутры аднэй і тэй самай расы. Стан і прафэсіі маюць *таму* свае арыгінальныя антрополёгічныя характары, якія асабліва выдзяляюцца ў морфалёгічных розьніцах“... „У працілегласьць погляду *Ратцэля*, павінна пагэтаму, пры абмеркаваньні прадукцыйнасьці народаў, высунуць на першы плян розьніцу даравансьці, і толькі на другім пляне паставіць розьніцу абставін“ (Ibidem [9]).

Няма ніякай патрэбы далей спыняцца на разгортваньні шэрагу ідэй сацыял-заалёгаў, што праводзяць пад відам вучонае працы апраўданьне існуючага (капіталістычнага) ладу, усёроўна, як няма ніякае патрэбы і ў нашым абвяржэньні гэтых ідэй. Агульнапрызнаны аўтарытэт у расавай праблеме, *Лушан* [10]), прыходзіць да такіх вывадаў: „Існуючыя асаблівасьці гэтак званых „рас“, галоўным чынам, узьніклі з прычыны кліматычных, сацыяльных і іншых фактараў акаляючай нас абстаноўкі. Няма ніякіх самых па сабе малацэнных рас. У кожнай расе ёсьць асобныя малацэнныя індывідуумы. Большасьць рас зусім пристасоўваюцца да акаляючага кола“. А. *Ратцэль* ужо даўно даказваў, што наогул няма нязьмешаных рас. Сацыяльны сэнс усякіх расавых тэорый у гады імпэрыялістычнае вайны выявіў *К. Каўцкі* [11]); у відзе рэзюмэ можна прывесьці яго-ж выраз: „розныя клясы могуць прымаць характар рас“. Побач з гэтым цікава прывесьці другое рэзюмэ, ужо

цыціраванае намі *Л. Вольтмана*: „расы — гэта фактары прыроды (курсыў аўтара), якія павінны быць уведзены ў балянс гістарычных падзей, як даныя прычыны і сілы“... Здаецца іншых довадаў ня трэба для доказу нашага пункту погляду, што сацыяльнай гігіене зусім не па дарозе з заалёгічным разуменьнем грамадзкіх зьявішч, стану масавага здароўя ў тым ліку.

„Але вядома, што няма таго глупства, якое-б не знайшло сваіх прыхільнікаў“ (*Ф. Лушан*[9]), і асабліва ў так званым яўрэйскім пытаньні ёсьць вельмі шмат прыхільнікаў „расавага“ „біалёгічнага“ тлумачэньня яго. Характэрна, што прыхільнікі знаходзяцца як сярод „вучоных“ антысэмітаў, гэтак і сярод прыхільнікаў яўрэйства. *Чэмбэрлен* сваімі „яўрэямі“[12]) даказвае „навукова“ „малавартасьць“ яўрэйскай расы, а *Цольшан*[13]) сваёй „расавай праблемай“ абараняе вартасьць і высокае культурнае значэньне яўрэяў... Між тым, ёсьць шмат прыхільнікаў і такога навуковага погляду, што яўрэі наогул ніякай „чыстай расы“ не складаюць. Так *Фішбэрг* піша: „Апошнія 20 гадоў, на працягу якіх дакладна вывучаюць расавыя адзнакі яўрэяў у розных краінах, пачалі зусім па-новаму глядзець на чыстату яўрэйскай расы. Шмат кампэтэнтных антрапалёгаў прытрымліваюцца погляду, што ў яўрэях ёсьць розныя расавыя элемэнты, як і ў іншых цывілізаваных расах і народах: адно, што іх яднае—гэта рэлігія“. Прафэсар *Фрыданталь*[15]) на падставе антрапалёгічнага вывучэньня сучасных яўрэяў знаходзіць, што „няма ніводнае эўрапэйскае адзнакі, якой нельга знайсьці ў яўрэяў... Яўрэі розных краін адрозьніваюцца адны ад другіх больш, чым яўрэі ад сваіх суседзяў па месцы жыхарства... Сумесна з зацьверджаньнем, што няма і ня можа быць ніякай яўрэйскай расы, абвяргаюцца ўсе вывады, да якіх прыходзяць фанатыкі расавай тэорыі ў адносінах вартасьці і недахопаў паасобных чалавечых рас“... Такім чынам, бяссэнснасьць дапасаваньня да сацыяльных зьявішч заалёгічнай меркі, прыкладам чаго служаць розныя эўгенічныя погляды (*Ф. Ленц, Гальтон, Кальцоў*), незалежна ад навуковай аб'ектыўнасьці іх чыста біалёгічных вышукаў, сацыяльна-рэакцыйная сутнасьць расавых тэорый і сучаснае становішча нашых ведаў у галіне антрапалёгіі і вывучэньня іншых расавых адзнак не даюць ніякіх падстаў уводзіць у наша сацыяльна-гігіенічнае дасьледваньне які-б то ні было „расавы“ крытэры. Нам нават здаецца, што ёсьць некаторая прынцыповая супярэчнасьць паміж сацыяльна-гігіенічным і „расава-біалёгічным“ пунктамі погляду. Сацыял-гігіеністы па падставе сваіх дасьледваньняў аб залежнасьці ад сацыяльных умоў становішча масавага здароўя, як фактара вытворчасьці чалавечага грамадзтва, заўсёды прыходзяць да практычных вывадаў аб неабходнасьці таго або іншага ўплыву на гэтыя ўмовы, вызначаючыя сацыяльнае здароўе. resp. вытворчасьць. Сацыял-гігіеніст, значыць, па сваёй прыродзе *ня толькі* вывучае, але і дзейнічае ў мэтах палепшаньня ўмоў сацыяльнага жыцьця. Расава-біалёг, што верыць у натуральны адбор, як адзіны фактар эвалюцыі, і што з страхам сачыць за ўсё больш разьвіваючымся „гігіенічным адборам“, заўсёды становіцца, па сутнасьці, фаталістам, а значыць, больш ці менш актыўным альбо пасыўным, яўным ці скрытным працаўнікам гігіенічнага дзеяньня. Расава-біалёг, значыць, *толькі* вывучае, а калі і дзейнічае ў галіне грамадзкіх узаемаадносін, то заўсёды кансэрватыўна, а часам рэакцыйна. Па сутнасьці-ж, аб'ектыўна „эвалюцыйная тэорыя ніяк не дапушчае, каб насьледнасьць можна было зьмяшаць з фаталізмам і ўсе вучэньні, што імкнуцца паставіць лёс і дзеяньні індывіда ў выключную залежнасьць ад яго фізычнай арганізацыі, пачынаючы ад успаміну фрэналёгіі Галля і канчаючы дактрынай *Лом-*

броза, пацерпіць фіаско“ (*Л. Шэйніс*[16]). Дарэчы, ня будзе лішнім адзначыць, што вызначаючы сацыяльную гігіену, як навуку аб масавым здароўі, як фактары вытворчасьці, мы пад вытворчасьцю сучаснага культурнага грамадзтва павінны разумець, вядома, ня толькі і ня столькі вытворчасьць фізычных сіл, ня колькасьць кілёграма-мэтраў грамадзка-карыснай працы, а ўсю супольнасьць матар'яльных і культурных вартасьцяй, якія ўтвараюцца ўжо зараз, а чым далей, тым больш будуць утварацца,—ня фізычнымі сіламі, а творчым напружаньнем чалавечага калектыву. Матар'яльным закладам гэтага служыць разьвіўшаяся і яшчэ разьвіваючаяся тэхніка падлегласьці прыроды чалавечаму *розуму*.

Такім чынам, высьвятляюцца ўзаемаадносіны паміж сацыяльнай гігіенай і расавай біалёгіяй resp. расавай гігіенай, якая грунтуецца на яе вывадах. Па-першае, нам здаецца, што самыя аб'екты вывучэньня гэтых навуковых дысцыплін зусім розныя: сацыяльная гігіена вывучае здароўе сацыяльных груп і ўмовы, ад якіх яно залежыць;—расовая біалёгія і гігіена дасьледуюць расавыя, значыць, біолёгічныя прыметы і іх уплыў на санітарныя паказьнікі насельніцтва. Прынцыпова розьніца маецца і ў мэтаўстаноўцы абдзьвюх дыспыплін: сацыяльную гігіену павінна цікавіць сацыяльнае здароўе, як фактар вытворчасьці, гэта значыць, як фактар, які знаходзіцца ў самай блізкай сувязі і ўзаемаадносінах з сацыяльнай структурай і клясавымі адносінамі; расавая біалёгія і гігіена займаюцца вывучэньнем значэньня расавага фактару для здароўя незалежна ад сацыяльных умоў, ва ўсякім разе, такі фактычны напрамак гэтай навукі ў сучасны момант. Пагэтаму зусім неправідлова разглядаць расавую гігіену і сацыяльную гігіену як часткі адна другой альбо лічыць іх раўназначнымі.

Гэта зусім не азначае, што пры вывучэньні сацыяльнага здароўя мы не павінны прымаць пад увагу біалёгічныя насьледзтвенныя фактары—яны бязумоўна маюць вялізарны ўплыў на здароўе чалавечаскіх груп, але ня справа сацыяльнай гігіены, а часта супярэчыць яе сутнасьці, шукаць у насьледуемых расавых прыметах адказ на грунтоўныя пытаньні сацыяльнага здароўя і вывучаць „натуральныя“ законы палепшаньня насьледуемай плязмы („натуральны адбор і барацьба за існаваньне“ і г. д.). Зноў-такі, няма ніякіх сумненьняў, што і для жывёлы „чалавек“—homo-sapiens-законы насьледственасьці іграюць значную ролю і што вывучэньне гэтых законаў мае вялікае значэньне, але для „чалавека“ і сацыяльныя фактары—натуральны. Пагэтаму расавая біалёгія і гігіена як-бы „натуралізуюць“ законы разьвіцьця чалавека і фактары сацыяльнага здароўя ў той самы час, калі сацыяльная гігіена „сацыялізуюць“ усе законы прыроды. Трэба на апошняе ўказаць на цяжкасьць, амаль што немагчымасьць навукова ставіць дасьледваньне пытаньняў расавай біалёгіі і гігіены, бо няма самых чыстых рас. Спробы выдзеліць „популяцыі“ сярод людзей, зразумела, уносіць некаторы корэктыў у антрополёгіі, згодна з сучаснымі дасягненьнямі генэтыкі, але з пункту погляду пытаньня, якое нас зараз цікавіць (адносіны сацыяльнай гігіены да расавай гігіены), популяцыя мала зьмяняе справу. У сапраўднасьці вучэньне аб популяцыі ў той самы час ёсьць вучэньне пра чыстыя лініі, вельмі важнае ў галіне зоотэхніі і батаніі, але ў адносінах да чалавека зусім бескарысна пастаноўка пытаньня пра чыстыя лініі. Чыстыя лініі ўжо даўно згублены культурным чалавецтвам, і гісторычны социяльна-экономічны працэс вядзе к далейшаму зьмяшэньню, а не „ачыстцы“ лініі. Усялякія спробы будаваць гігіенічныя вышукі па выдзяленьні чыстых ліній сярод людзей па сутнасьці

рэакцыйны і, к шчасьцю, зусім ня выконваемы. Гігіена чалавека ня можа ня быць сацыяльнай гігіенай, яна павінна быць выключна сацыяльнай гігіенай.

II

Аб'ектам нашага дасьледваньня зьяўляецца „дэклясаванае" яўрэйства. Трэба проста сказаць, што гэта, хаця і агульна прыняты тэрмін, можа выклікаць некаторыя непаразуменьні ў зьвязку з гістарычным паходжаньнем і сучасным становішчам той групы насельніцтва, якую заўсёды так называюць. Даволі часта цяпер прыходзіцца чуць, быццам Кастрычнікавая рэвалюцыя дэклясавала значную частку яўрэйскага насельніцтва і паскорыла дэклясаваньне іншай, быццам сацыяльныя працэсы, якія цяпер наглядаюцца сярод яўрэйства, *новыя* і адзіна характэрныя для Савецкага Саюзу. Такога роду думкі могуць тлумачыцца выключна той-жа прычынай, па якой уласьцівыя аднэй якой-небудзь сацыяльнай групе яўрэйскага насельніцтва вартасьці і недахопы тыя, якія ведаюць іх, распаўсюджваюць на ўсё яўрэйскае насельніцтва: гэта прычына—няведаньне. Яўрэйскага насельніцтва цалкам, з усёй яго сацыяльнай дыфэрэнцыяцыяй, ня ведае ня толькі вучоны антысэміт альбо эканамісты, якія будуюць свае навуковыя тэорыі і робяць абагуленьні на падставе знаёмых ім прадстаўнікоў іх-жа ўласнае па клясе яўрэйскага пахаджэньня, але шырокія колы насельніцтва, нават многія яўрэйскія грамадзкія дзеячы не разумеюць сэнсу разьвіцьця сацыяльнай структуры яўрэйства. Вось чаму надта важна гэты сэнс знайсьці, бо ў канцы канцоў ад правільнага высьвятленьня гэтага будзе залежаць і разуменьне ўсіх сацыяльна-гігіенічных даных і вывадаў.

„Дэклясаваным мы называем чалавека, адсталага ад тэй сацыяльнай групы, да якой ён належаў, і ніякіх станоўчых функцый у грамадстве ня выконваючы" (*С. А. Аранскі*[17]). Здаецца, такое вызначэньне ня можа выклікаць сумненьня, і мы хаця бегла павінны паглядзець, наскольні падыходзіць да яго дасьледваная намі група насельніцтва. Гэта пытаньне можна разьвязаць шляхам параўнаньня *сучаснага* сацыяльнага становішча групы з *мінулым* і сацыяльнага становішча ў *розных мясцох* і шляхам азнаямленьня з сацыяльным складам групы.

Аб сацыяльным становішчы яўрэйства царскай чарты аселасьці маецца шэраг аўтарытэтнейшых матар'ялаў і дасьледваньняў. Асноўным сярод іх зьяўляецца збор матар'ялаў аб эканамічным становішчы яўрэяў у Расіі"[18]). Вось некаторыя даныя адтуль. „У канцы мінулага стагодзьдзя Паўночна-Заходняя краіна чарты аселасьці былі. Расіі, (Менская, Віленская, Ковенская, Гродзенская губэрні) не змаглі задаволіць элементарных патрэб яўрэйскага насельніцтва гарадоў і мястэчак, дзеля чаго наглядаўся рух яго на захад і на поўдзень, але і ў паўднёвай краіне, сярэдні заробак яўрэйскага рамесьніка хістаўся каля 100—250 руб. у год (6,9 проц.—100 руб., 41,6 проц.—101—250 рублёў, астатнія—больш 250 руб.). Заробак быў падлеглы ўсякім выпадкам. У Менску праца рамесьнікаў абумоўліваецца ў большай частцы часамі году. Маляры, каменшчыкі і мастаўшчыкі ўзімку займаюцца рамізьніцтвам, таксама і штукатуры, якія акрамя вывазу яшчэ займаюцца пачынкай галёш". А вось прыклад „дабрабыту" таго часу рамесьнікаў у мястэчку Дуброўна былі. Магілеўскай губэрні, якое вядома саматужным промыслам: жонка пячэ хлеб для продажу, сам яшчэ служыць трупаром і ўсё-ж такі прымушан зьвяртацца да дабрачыннасьці... Равьмерамі гэтай апошняй, г. зн. лікам зьвяртаючыхся за грамадзкай дапамогай, асабліва на вялікдзень (строга пільнуючымся рэлігійным сьвятам), таксама можа характэрызаваць становішча яўрэйства ў кан-

цы мінулага стагодзьдзя. Такім чынам, выяўляецца, што 19 проц. усяго яўрэйскага насельніцтва адчувала патрэбу ў такой дапамозе, у Менскай губэрні ў прыватнасьці—15,3 проц., у самым Менску—17,2 проц. Калі ўлічыць мізэрнасьць учыненай дапамогі, то трэба прызнаць гэтыя лічбы надта вялікімі. Між тым, паўперызм узрастаў і з 1894 да 1899 г. лік сем'яў, маючых патрэбу ў дабрачыннай дапамозе, павялічыўся на 27,9 проц. (у Менскай губэрні—на 17,3 проц.)...

У 1902 г. была апублікавана кніжка *Брадоўскага*[19]), па даных якога на 150 000 яўрэйскага насельніцтва гораду Адэсы налічвалася 48.549, альбо 32,36 проц *жабракоў* (непрафэсыянальных), якія зьвярталіся за дапамогай к дабрачынным арганізацыям, 30.000 беднякоў, 70.000 астатніх і... 18 мільянэраў... Нават у Іркуцку, дзе перад вайной было багатае яўрэйскае таварыства (гл. *Вайцінскі і Гарштэйн*[20]), у 1880 г. 7,5 проц. яўрэйскага насельніцтва мела патрэбу ў дабрачыннай дапамозе, а ў 1912 г.—12,5 проц., г. зн. надта незаможных павялічыўся больш чым у 1½ разы. Няма ніякага сумненьня, што паўпэрызм сам па сабе зьяўляецца абавязковай прыналежнасьцю гораду, па яго эканамічнай прыродзе, але нясумненна таксама, што яўрэйскі паўпэрызм арыгінальны і выкліканы асабістымі палітыка-эканамічнымі ўмовамі жыцьця яўрэйства. Мы маем яшчэ больш ранейшае пасьведчаньне аб становішчы яўрэйства, якое напісана *Субоціным*[21]). Прывядзем вынятак з яго выдатнай кнігі, якая тычыцца якраз гор. Менску. „Яўрэй... заўсёды імкнецца да гандлю, *калі ня мае іншых забясьпечваючых заняткаў*; нават тыя, якія нічога ня маюць і якія ў нас унутры Расіі пачалі-б займацца жабрацтвам, стараюцца здабыць тавару на 50 кап.—1 руб., прададуць яго на працягу дня на 20—30 к. даражэй і на гэтыя грошы харчуюць сябе, а нярэдка і дзяцей... Вось таўстая ўдава-яўрэйка прадае пячоны хлеб, купляе яго з пякарні ў крэдыт да вечара; увечары расплачваецца, раніцою бярэ ізноў у крэдыт; прадае 5 пудоў у дзень, выгандлёўвае ў сваю карысьць 3 кап з пуда, усяго 15 к. у дзень... Далей скрыня з ягадамі; усіх ягад на 2 рублі; барыш яўрэйкі ад 15 да 25 кап... Вось яўрэй з партманэцікамі: увесь тавар каштуе 6 руб., выгандлёўвае ў дзень 20—30 кап... Яўрэяў, якія займаюцца фізычнай працай, г. зн. рамесьнікаў, фурманоў, камінараў, вадавозаў, дрыварубаў, чорнарабочых і г. д. лічыцца 18½ тыс., а з сем'ямі, магчыма, да 15—20 тыс... Яўрэі-рамесьнікі перахопліваюць адзін у аднаго працу і бяруць надта танна... У Менску адзін майстар прыходзіцца на 20 чалавек, у мястэчках Менскага павету — адзін на 7 чалавек..." „Яўрэй харчуецца чым-небудзь і як-небудзь, і вялізарная большасьць ніколі ня есьць столькі, колькі патрабуецца па гігіене для падтрыманьня ў ім рабочае сілы і толькі нэрвовасьць натуры як-бы папярэджвае хуткае тамаваньне. Ня зусім бедныя ядуць 3 разы ў дзень: раніцою—селядзец з чорным хлебам, а больш заможныя п'юць гарбату або цыкоры, абед пустая поліўка з крупамі, з гусіным шмальцам і з хлебам... Увечары—той-жа крупнік, а часам селядзец... Але шмат яўрэям недаступны і гэтыя разнасолы: шмат здавальняюцца чорным хлебам і часнаком, а часам і селядцом. Бывае, што сям'я амаль-што ня ёсьць да вечара, пакуль ня прыдзе гаспадар сям'і і не прынясе заробку"...

„У Менску палова насельніцтва ня ў сілах плаціць падаткаў, і за іх уносяць з „складаньняў", у якіх прымаюць удзел найбольш заможныя"...

Мы дазволілі сабе прывесьці такую доўгую цытату не таму, што напісанае ў ёй звыш 40 год таму назад, са зьменамі ў адносінах сучаснай грашовай каштоўнасьці, магло-б паслужыць тэкстам да тых лічбаў даных, якія прыводзяцца ніжэй, як вынік нашага дасьлед-

ваньня, а таму, што яна зьяўляецца як-бы дадатковым жывым сьведкай таго, што дэклясаваньне яўрэйства зусім *не зьяўляецца працэсам, які пачаўся ня так даўно альбо характэрным для сучаснай савецкай сапраўднасьці.* Дэклясаванае яўрэйства, як і шэраг іншых сацыяльных бядот, ёсьць таксама спадчына мінулага, у якім не павінны ні Кастрычнікавая рэвалюцыя, ні самое гэта яўрэйства.

Мы зараз яшчэ пакажам, што ў яўрэйстве знаходзяцца „дэклясаваныя" ня толькі ў Савецкім Саюзе. Прывядзем перш за ўсё табліцу з кнігі *Руппіна*[22]).

4 групы ў сучасным яўрэйстве.

Група	Колькасьць	Эканам. стан	Тыпізав. прадстаўн.
I	6 000 000	Незаможн. рабочыя і рамесьнікі; гандляры з незабясьпечаным існаваньнем	Шырокія яўрэйскія масы ў Расіі і Галіцыі
II	3.000.000	Рамесьнікі і гандляры з невялікім, але забясьпечаным даходам	Іміграпты ў Англіі і Амэрыцы; яўрэі ў Румыніі
III	2 000.000	Заможная буржуазія	Большасьць германскіх яўрэяў
IV	1.000.000	Вышэйшая буржуазія	Акадэмічна адукаваныя багатыя яўрэі ў буйных цэнтрах

Паміж іншым *Руппін* чамусьці не палічыў патрэбным падлічыць яўрэйскі пралетарыят, а, як відаць, разьмеркаваў яго паміж I і II групамі, але важна адзначыць, што палова яўрэяў усяго сьвету знаходзілася ў т. зван. дэклясаваным становішчы (I) і што сучаснае эканамічнае разьвіцьцё дае больш шансаў да пераходу з II у I групу, чым наадварот.

Больш сучасныя даныя мы знаходзім у шэрагу артыкулаў, апублікаваных у замежнай яўрэйскай прэсе. *Я. Лешчынскі*[23]) лічыць, што сацыяльна-эканамічныя тэндэнцыі ва ўсёй Усходняй Эўропе аднолькавы, незалежна ад палітычных умоў, а іменна: 1) паніжэньне пакупной здольнасьці сялян; 2) памяншэньне рынку спажываньня ў гарадох; 3) узрост уплыву сялянства ў палітычным жыцьці; 4) аграрная перанаселенасьць; 5) культурны рост сялянства пагаршае матар'яльнае становішча яўрэйства. „Процант яўрэяў, занятых гандлем, павялічваецца ў $1^1/_2$ разы, наадварот, процант яўрэяў у індустрыі на столькі-ж разоў зьменшыўся". *Мінцын*[24]) для Літвы прыводзіць такія даныя: на 100 занятых у гандлі і індустрыі ў 1897 годзе было 85,7 проц. яўрэяў у гандлі, і ў індустрыі—38,1 проц., а ў 1923 г. з 100 занятых у гандлі і індустрыі было 73,1 проц. яўрэяў у гандлі і ў індустрыі—21,4 проц. Гэта значыць, што ўдзельная вага яўрэяў зьменшылася і ў гандлі і ў індустрыі, але ў першым—на 14.7 проц., у другой—на 43,8 проц... На падставе анкеты, праведзенай у Польшчы, можна прывесьці такія даныя аб удзеле яўрэяў у вытворчым жыцьці гэтай краіны (*Локер*[25]), *Сегаль*[26]), *Лешчынскі)*[27]). З 100 занятых у прамысловасьці яўрэяў 63,9 проц. заняты ў вытворчасьці прадуктаў спажываньня (вопратка, абутак, харчавыя прадукты і інш.), 13,7 проц. у дрэваапрацоўваючай, каучукавай, папяровай, скураной і хэмічнай прамысло-

васьці, 21,2 проц. у мэталёапрацоўваючай, машыннай, тэкстыльнай і будаўнічай прамысловасьці і 1,3 проц. у горнай прамысловасьці. Аднак, для разуменьня сацыяльна-эканамічнага становішча яўрэйства больш цікава разьмеркаваньне яўрэйскіх рабочых па тыпах прадпрыемстваў і разьмеркаваньне самых прадпрыемстваў па тыпах. Для прыкладу прывядзем даныя па Варшаўскаму ваяводзтву: .

23.8	проц.	яўрэйскіх	рабочых	занята ў	прадпрыемствах	з 1	рабочым
58,7	„	„	„	„	„	„ 2	„
10,4	„	„	„	„	„	„ 6—10	„
3,2	„	„	„	„	„	„ 11—20	„
1,8	„	„	„	„	„	„ 21—50	„
2,2	„	„	„	„	„	„ больш 51	„

Яўрэйскія прадпрыемствы разьмяркоўваюцца так:

38,3	проц.	прадпрыемстваў	маюць	— 1	рабоч.
46,6	„	„	„	— 2— 5	„
9,9	„	„	„	— 6—10	„
3,5	„	„	„	— 11—20	„
1,4	„	„	„	— 21—30	„
0.3	„	„	„	— больш 51	„

Цікава, нарэшце, прывесьці ўдзельную вагу, якую займаюць яўрэйскія рабочыя ў прадпрыемствах рознага тыпу.

У прадпрыемствах з	1	рабочым	яўрэі	рабочыя	складаюць	96,5	проц.
„ „ „	2— 3	„	„	„	„	93,4	„
„ „ „	4— 5	„	„	„	„	89,4	„
„ „ „	6—10	„	„	„	„	82,1	„
„ „ „	11—15	„	„	„	„	73,3	„
„ „ „	16—20	„	„	„	„	47.2	„
„ „ „	21—30	„	„	„	„	27,4	„
„ „ „	31—50	„	„	„	„	15,2	„
„ „ „	больш 50	„	„	„	„	17,5	„

Гэтыя даныя сьведчаць, што як яўрэйскі пралетарыят, гэтак і яўрэйскі капітал у Польшчы пераважна згрупаваны ў больш дробных прадпрыемствах, гэта значыць такіх, якія знаходзяцца пад сталай пагрозай эканамічнага даўленьня і выцясьненьня. Такім чынам мы маем, праўда, сукосны, але бязумоўны паказчык нятрываласьці сацыяльна-эканамічнага становішча польскага яўрэйства, г. зн. становішча дэклясаваньня.

Нарэшце, цікавая адозва аб становішчы яўрэйства ў гарадох Балгарыі (Saul Mezan[28]): „З 25.000 яўрэяў гораду Сафіі мінімум 20.000 жыве на акраінах, якія зьяўляюцца ў большасьці выпадкаў самымі бруднымі і занядбалымі часткамі гораду. Яны зьяўляюцца сталымі ачагамі заразных захварэньняў і ўваходнымі варотамі для эпідэміі. Яўрэі тут вельмі загнаны ў цененькія хаткі без двара, цесныя, кепска выветрываемыя, у большасьці вільготныя і надта брудныя. Жыхары гэтага сапраўднага „гетто“ праводзяць амаль увесь дзень на вуліцы, бо інакш яны могуць затхнуцца ў сваіх каморах... 90 проц. яўрэйскіх жыхароў акраін—жабракі. 650 сем'яў лічацца ў афіцыйных сьпісах дабрачыннага таварыства як „надзвычайна бедныя“. 450 сем'яў атрымліваюць дапамогу, але сапраўдны лік патрабуючых яе павінен быць у 2 разы больш. Хранічная галадоўля і сухоты распараджаюцца ў гэтых яўрэйскіх сем'ях“... Аўтар заканчвае свой артыкул паказаньнем, „што і ў іншых балканскіх краінах становішча здароўя яўрэяў ня менш плачэўна, чым у Балгарыі“...

У асьвятленьні такіх фактаў робіцца, здавалася-б, зусім зразумелым, што дэклясаванае яўрэйства зьяўляецца агульна-распаўсюджаным у тых краінах, якія можна параўнаць па іх сацыяльна-эканамічнаму і сацыяльна-палітычнаму разьвіцьцю і становішчу, і што, значыць, ва ўсякім разе не Кастрычнікавая рэвалюцыя нарадзіла яго. Аднак, у 1923 годзе прафэсар *Бруцкус* [29]) пісаў: „сацыяльны пераварот ня толькі *пагоршыў* (?—*С. Д.*) матар'яльнае становішча, але падарваў усе маральныя асновы насельніцтва. Рэвалюцыя параскідала старыя маральныя традыцыі і не стварыла новых... Умовы, якія дэзарганізавалі ўсё эканамічнае жыцьцё і перарабілі ўсякую эканамічную дзейнасьць у спэкуляцыю, не маглі не адазвацца вельмі дрэнна на псыхалёгіі яўрэйскага насельніцтва. Маральнае і эканамічнае *адраджэньне* (?—*С. Д*) яўрэйскіх мас будзе магчымым толькі тады, калі зноў будзе пабудавана руская народная гаспадарка ў цэлым"... Рэзкая супярэчнасьць маючымся фактам і гістарычным даным тут зусім ясная, як ясны і сэнс такіх практычных вывадаў... У канцы працы нам прыдзецца вярнуцца да вывадаў, а зараз пяройдзем да канчатковага вырашэньня пытаньня, наколькі правільна называць дасьледуемую намі групу дэклясаванай. Нам трэба, значыць, разглядзець склад гэтай групы, перш за ўсё па занятках (гл. табліцы №№ 1 і 2).

Калі параўнаць наш матар'ял з аналёгічнымі данымі па Кацерынаславу [18]) і Адэсе [19]), які датычыцца да канца мінулага і пачатку бягучага стагодзьдзя, то будзе такі малюнак:

Склад беднаты па галоўных занятках у процантах да лічбы абсьледваных.

Заняткі	Менск (разам)	Менск	Кацерынаслаў	Адэса	Адэса (разам)
Земляробы		2,2	—	—	
Рабочыя		—	—	4,8	
Саматужнікі		35,5	24,2	25,2	
Лотачнікі	30,9	15,0	15,0	16,0	19,9
Стар'яўшчыкі		9,1		3,9	
Гандляры		12,8			
Чорнарабочыя	10.2	7,7	20,1	23,9	
Насільшчыкі		2,5			
Служачыя		8,0	5,3	—	
Рэлігійн. служач.		6,6	3,0	—	
Жабракі		1,8	—	1,3	
Іншыя		4,8	32,4	9,1	
Не паказан.		—	—	15,8	
Усяго абсьледвана		712	1354	6154	

Такім чынам *асноўныя разьліччы* ў складзе беднаты сучаснага Менску ў параўнаньні з старым Кацерынаславам і Адэсай зводзяцца да адсутнасьці сярод менскай беднаты рабочых, меншай удзельнай вазе чорнарабочых і іншых непаказаных і большай удзельнай вазе саматужнікаў і гандляроў. Гэтыя разьліччы зусім зразумелы, калі ўлічыць, што сучаснае сацыяльна-эканамічнае жыцьцё савецкага гораду не дае ніякіх магчымасьцяй існаваньню такіх характэрных для дарэвалюцыйнага грамадзтва Luftmenschen, людзей бяз пэўных заняткаў: усе яны прымушаны займацца чым-небудзь пэўным, і папаўняюць групы гандляроў і саматужнікаў. Зразумела, дабрабыт іх ад гэтага паляпшаецца вельмі нязначна і яны застаюцца ў агульнай групе „дэклясаваных". Адсутнасьць рабочых і памяншэньне ліку чорнарабочых сярод менскай беднаты, бязумоўна, трэба аднесьці за кошт тэй абставіны, што зараз па-запрафсаюзнага аб'яднаньня маглі застацца самыя адсталыя і малакультурныя альбо сапраўды дэклясаваныя элемэнты.

En pendant да гэтага прыводзім па *Цольшану*[13]) некаторыя даведкі. Нявывучаных яўрэйскіх падзённых рабочых у пачатку цяперашняга стагодзьдзя было ва ўсёй чарце аселасьці 97.900, з якіх фурманаў—13.260, ламавікоў—18.819, вадавозаў і ваданосаў—5.378, сплаўшчыкаў лесу—3.113, дрывары бaў і пільшчыкаў—4.286, брукароў і землякопаў—2.986, анучнікаў—4.301, насільшчыкаў, пакоўшчыкаў, падзёншчыкаў—35.528, пазалотнікаў—328, сел.-гасп. рабочых—12,901, г. зн. ня было ніводнага самага цяжкага занятку, ад якога адмовіліся-б яўрэі. Цікавы таксама склад па занятках яўрэйскіх эмігрантаў у П.-А. З. Ш. (1906 г.): належачых да вольных прафэсій (музыканты, артысты, настаўнікі)—1.045 чал.; вывучаных рамяслу—55.552, *без прафэсіі*—68.912, належачых да розных прафэсій—23.673.

Прымаючы пад увагу гэтыя даныя і вышэйпаказаныя абставіны, прыходзіцца прызнаць, *што агульны тып структуры яўрэйскай беднаты мала зьмяніўся за некалькі дзесяцігодзьдзяў*, ня гледзячы на гістарычныя праявы. Мы прывядзем зараз паралель паміж заняткамі абсьледваных і заняткамі іх бацькоў, якая таксама дапаможа нам асьвятліць гэтае пытаньне:

	Земляр.	Рабоч.	Саматуж.	Лотач.	Стар'ёўшч.	Гандляры	Чорнар.	Насіл.	Служач.	Рэл. служ.	Жабрак.	Іншыя	Не паказан.
Склад абсьлед. па занятк. у % . . .	2.2	—	35,3	15.0	3.1	12.8	7.7	2,5	8.0	6,6	1.8	4,8	—
					30.9		10,2						
Склад іх бацкоў па занятках у % . .	5.6	2,8	40,3	0,6	—	18,6	2.8	1,3	6.5	12.2	0.4	5.5	3.4
					19,2		4,1						

Тут, бязумоўна, прыходзіцца прымаць пад увагу такія факты, як та, што ня ўсе бацькі знаходзіліся ў свой час у групе беднаты, альбо што, напрыклад, заняткі рэлігійнага служачага цяпер ня так ахвотна адкрываюцца і шмат рэлігійных служачых мелі і маюць дадатковыя заняткі.

Пры вучоце гэтых заўваг, вывад, які намі падкрэсьлен, атрымоўвае поўнае пацьвярджэньне.

Нарэшце, з цікавячага нас пункту погляду прадстаўляюць інтарэс даныя аб сталасьці заняткаў і аб часе, калі абсьледаваныя пачалі займацца данай прафэсіяй у момант абсьледваньня. Найбольш устой-

лівымі, аказваецца, зьяўляюцца „служачыя“ і „саматужнікі“, *але для ўсёй групы надзвычайна характэрна агульная няўстойлівасьць занят- каў:* 45% усіх абсьледваных па разу альбо па некалькі разоў мянялі свае заняткі. Да Кастрычнікавай рэвалюцыі пачала займацца данай прафэсіяй большая палова абсьледваных, значыць, ніяк *нельга меркаваць, што Кастрычнікавая рэвалюцыя рэзка зьмяніла склад менскай беднаты.* Даныя аб лотачніках і стар'ёўшчыках і аб чорнарабочых і насільшчыках, якія ў большасьці пачалі займацца данай прафэсіяй *пасьля* Кастрычнікавай рэвалюцыі, ня могуць у асноўным зьмяніць зроблены вывад. Першыя павінны быць аб'яднаны з гандлярамі, паказваючы сабой іх разнастайнасьць, і тады мы ўбачым, што ўсяго 45% іх пачалі займацца гандлем пасьля Кастрычнікавай рэвалюцыі, а з іншымі, з прычыны іх параўнальна невялікага ліку (50 ч.), наўрад ці можна альбо павінна лічыцца, як з асновай для прыметных карэктываў. Трэба, між іншым, мець яшчэ на ўвазе ўзрослы склад абсьледваных (гл. ніжэй) як бязумоўны факгар, які, разумеецца, таксама вызначае сабой пэрыяд, калі яны пачалі займацца данай прафэсіяй.

Усе гэтыя даныя здаюцца нам выстарчальнымі для заключэньня па пытаньню, якое пастаўлена ў пачатку гэтай главы. Няма ніякага сумненьня, што дасьледваная намі група насельніцтва не зьяўляецца дэклясаванай з пункту пагляду яе *паходжаньня.* Яна паказвае сабой *арыгінальную сацыяльную масу насельніцтва,* характэрныя асаблівасьці якой склаліся ўжо в мінулым стагодзьдзі пад уплывам спэцыфічных сацыяльна-эканамічных і гісторыка-палітычных умоў жыцьця яўрэйства ва Ўсходняй Эўропе. Таму дасьледваная намі група насельніцтва не зьяўляецца дэклясаванай з пункту погляду ня толькі *часу,* але і месца яе знаходжаньня і існаваньня: такую-ж сацыяльную масу мы назіраем і ў іншых краінах, якія гістарычна прадстаўляюць вядомыя сацыяльна-эканамічныя і палітычныя аналёгіі з умовамі жыцьця яўрэяў у былой царскай „Расійскай імпэрыі“. Аднак, дасьледваная намі група насельніцтва, бязумоўна, належыць да дэклясаваных з пункту погляду таго месца, якое яна займае, і той ролі, якую яна адыгрывае ў вытворчасьці: „ніякіх станоўчых функцый у грамадзтве“ яна ня выконвае. Такім чынам, вызначэньне „дэклясаванага“, якое намі паказана вышэй (гэта—*адсталы* „ад тэй сацыяльнай групы, да якой ён належаў і ніякіх станоўчых функцый ў грамадзтве ня выконваючы“), дапасавальна да дасьледванай намі групы насельніцтва толькі ў сэнсе апошняй сваёй часткі. І ўсё-ж мы лічым правільнай назву „дэклясаванае яўрэйства“, паколькі наша дасьледваньне сацыяльна-гігіенічнае дасьледваньне становішча масавага здароўя, як фактаў а *вытворчасьці.* Вытворчасьць, вытворчыя адносіны зьяўляюцца адзінымі рэальнымі фактарамі, што вызначаюць усё сацыяльнае жыцьцё—гаспадарку, здароўе, культуру, вызначаючымі, значыць, самую „сацыяльнасьць“. Толькі з гэтага пункту погляду і трэба разумець „дэклясаванасьць“ дасьледаванай намі сацыяльнай групы *).

III

Матар'ял, пакладзены ў аснову гэтай працы, датычыць—1153 сем'яў, абсьледваных у мэтах высьвятленьня іх сацыяльна-бытавога становішча. У гэтых сем'ях налічваецца 4720 чал., з іх 1992 ч. падлягалі мэдычнаму агляду. Абсьледваньне вялося па спэцыяльных апытальных картках, асобна вызначанымі для гэтае мэты студэнтамі-мэдыкамі і дактарамі

*) *Увага.* Зразумела, наш аналіз не датычыць дэклясаванай яўрэйскай буржуазіі якая нічым не адрозьніваецца ад буржуазіі іншых нацыянальнасьцяй, якая, дэклясавана сацыяльнай рэвалюцыяй.

(гл. прыкладзеную ў канцы главы анкету сацыяльна-бытавога абсьледваньня і карту мэдычнага агляду). У свой час мы падрабязна застановімся на прынцыпах, якімі мы кіраваліся пры ўжываньні таго альбо іншага мэтаду абсьледваньня і якія вызначаліся пастаўленай намі задачай і нашым разуменьнем яе сутнасьці і значэньня. Тут важна падкрэсьліць, што абсьледваньне як сацыяльна-бытавое, гэтак і мэдычнае, вялося *аднастайна*, паколькі ў ім удзельнічала некалькі пэўных, сталых асоб, аднолькава падрыхтаваных і інструктаваных, а ўсе антопамэтрычныя вымярэньні праведзены аднэй асобай. Колькаснае значэньне нашага матар'ялу, з пункту погляду выстарчальнасьці яго для паказаньня сапраўднасьці, дакладна, нажаль, ня можа быць устаноўлена. Па перапісу [30, 31]) 1926 г. сярод усяго яўрэйскага самадзейнага насельніцтва БССР налічваецца 7,72%, і па Менску—11,32% (адпаведныя лічбы для неяўрэяў—1,21 і 16,43) асоб, што ня маюць заняткаў Калі дзеля спрошчаньня разьлікаў лічыць, што і ўсё насельніцтва разьмяркоўваецца такім чынам, то сярод яўрэйскага насельніцтва г. Менску, што налічвае па тым самым перапісу 53.686 чал., ёсьць каля 6.000 чал., належачых да групы „ня маючых заняткаў". Зразумела, што гэтая група, па свайму сапраўднаму сацыяльнаму складу і становішчу, строга не адпавядае групе дэклясаванага яўрэйства, што намі абсьледвана. Наша абсьледваньне распаўсюдзілася толькі на тых, хто карыстаецца мэдычнаю дапамогаю яўрэйскага мэдыка-санітарнага таварыства (у далейшым ЯМСТ). Трэба спадзявацца, што сярод апошніх шмат і такіх, якія па перапісу лічацца сярод „гаспадароў і дапамагаючых ім членаў сям'і", як, напрыклад, бяднейшыя саматужнікі альбо дробныя гандляры. Але, з другога боку, і ў перапіснай групе „асоб, што ня маюць заняткаў", напэўна, ёсьць такія, што не патрабуюць дапамогі ЯМСТ. Калі, пагэтаму, паказаная лічба ў 6.000 чал. не зьяўляецца дакладным вылічэньнем дэклясаванага яўрэйства гор. Менску, то яно бязумоўна можа служыць для арыентыровачнага вызначэньня, наколькі даныя, атрыманыя ў выніку нашага абсьледваньня, могуць служыць для характарыстыкі *ўсяе* групы. Бязумоўна, наш матар'ял (4.720 чал.) зусім прыгодны для гэтай мэты, таму што ён ахоплівае значную частку групы. Па тых самых меркаваньнях трэба лічыць таксама, што і лік асоб, агледжаных мэдыцынаю, выстарчальны, як аснова для вывадаў аб фізычным становішчы ўсяе групы. Трэба, аднак, адзначыць, што гэта так не ў аднолькавай меры ў адносінах асоб розных узростаў. Справа ў тым, што ўзросны склад агледжаных намі не выяўляе сабой сапраўднага ўзроснага разьмеркаваньня групы, у чым можна ўпэўніцца па наступнаму параўнаньню:

Разьмеркаваньне па ўзростах яўрэяў у %% да ітогу.

		Дэклясав. яўр. Абс.	Дэклясав. яўр. %	Усе яўрэі г. Менску	Неяўрэі г. Менску	Неяўрэі БССР	Яўрэі БССР	Яўрэі акр. гар.	Яўрэі мястэчак
Да 1 г.	М.	2	0,21	2,8	2,6	3,60	2,84	2.76	2,52
	Ж.	—	—	2,4	2,8	3,38	2,28	2,33	2,20
	о. п.	2	0,10	2,6	2,7	3,49	2,45	2,53	2,35
1 — 9	М.	218	23,8	19,8	14,3	23,86	20,54	20.60	21,28
	Ж.	207	19,3	17,0	15,2	22,91	17,67	17,56	17,66
	о. п.	425	21,3	18,3	14,7	23,38	19,02	18.97	19,38

		Дэклясав. яўр.		Усе яўрэі г. Менску	Неяўрэі г. Менску	Неяўрэі БССР	Яўрэі БССР	Яўрэі акр. гар.	Яўрэі мястэчак
		Абс.	%						
10 — 19	М.	218	23,8	21,2	16,1	23,34	23,53	22,20	24,86
	Ж.	280	26,1	20,5	20,5	23,66	23,21	21,62	24,79
	о. п.	498	25,0	20,8	18,2	23,50	23,36	21,90	24,83
20 — 29	М.	48	5,2	20,8	35,8	17,62	16,59	18,73	13,95
	Ж.	90	8,4	25,2	24,1	17,20	20,32	22,88	17,02
	о. п.	138	7,0	23,2	30,2	17,40	18,57	20,94	15,57
30 — 39	М.	78	8,4	13,5	13,7	10,91	11,47	12,81	9,70
	Ж.	158	10,0	11,9	14,3	11,43	10,61	11,67	9,82
	о. п.	236	11,8	12,7	14,0	11,18	10,99	12,20	9,76
40 — 49	М.	100	10,8	8,3	8,4	8,03	8,59	8,43	8,56
	Ж.	159	14,7	8,4	9,6	8,15	8,77	8,47	9,03
	о. п.	259	13,0	8,3	9,0	8,09	8,68	8,45	8,81
50 — 59	М.	116	12,5	6,5	5,3	5,89	7,25	7,00	7,28
	Ж.	114	10,6	7,4	7,0	6,53	8,18	7,73	8,75
	о. п.	230	12,0	7,0	6,1	6,21	7,74	7,39	8,06
60 — 69	М.	98	10,6	4,9	2,6	4,43	6,32	5,19	7,52
	Ж.	48	4,4	5,2	4,3	4,38	6,26	5,52	7,21
	о. п	146	7,4	5,1	3,4	4,40	6,29	5,37	7,36
70 — 79	М.	41	4,4	1,7	0,8	2,24	3,06	2,22	4,30
	Ж.	15	1,3	1,6	1,6	2,32	2,66	2,17	3,51
	о. п.	56	2,8	1,6	1,2	2,29	2,85	2,19	3,88
80 і стар.	М.	2	0,21	0,4	0,22	—	—	—	—
	Ж.	—	—	0,36	0,49	—	—	—	—
	о. п.	2	0,10	0,35	0,35	—	—	—	—
	М.	921	—	—	—	—	—	—	—
	Ж.	1071	—	—	—	—	—	—	—
	о. п.	1992	—	—	—	—	—	—	—

Зусім ясна, што ў сапраўднасьці *натуральны* ўзросны склад абсьледванай групы ня мог-бы так адрозьнівацца ад агульнага ўзроснага складу ўсіх яўрэяў, значыць, гэты ўзросны склад залежыць ад нейкіх асобных прычын, што знаходзяцца ў самым характары абʼек-

таў дасьледваньня. Маладыя людзі, асабліва мужчыны ў маладым рабочым узросьце, не карыстаюцца дапамогаю ЯМСТ, і, як відаць, імкнуцца парваць сваю сацыяльную сувязь. Гэтым і тлумачыцца высокая ўдзельная вага старэйшых узростаў. Ня трэба забываць і іншых момантаў, якія бязумоўна штучна зьмянілі ўзросны склад групы, таму што мэдычнае абсьледваньне праводзілася ў амбуляторыі па выкліку, і значная шкода ў самых малодшых узростах, бязумоўна, залежыць ад таго, што дзяцей неахвотна прыносілі з дому. Вось чаму мы і паказваем, што розныя ўзросныя групы дэклясаванага яўрэйства гор. Менску не аднолькава выяўлены ў нашым матар'яле. Можа, больш правільна будзе сказаць, што ўзросны склад дэклясаванага яўрэйства не натуральны і вызначаецца сацыяльна-эканамічнымі ўмовамі, характэрнымі для гэтай групы насельніцтва. Мы ніжэй упэўнімся, які гэта мае сэнс і значэньне.

Неабходна адзначыць, нажаль, вельмі абмежаваныя магчымасьці выкарыстоўваць дэмаграфічныя даныя для сацыяльна-гігіенічнай характарыстыкі дэклясаванага яўрэйства гор. Менску. Выдзяленьне матар'ялаў аб іх у органах ЦСУ было немагчымым, а дапасоўваць да іх *агульнанацыянальныя* паказчыкі можна толькі з вялікай асьцярожнасьцю, калі гэта наогул магчыма. Мы павінны наогул крытычна адносіцца да вывадаў, якія робяцца на аснове параўнаньня дэмаграфічных паказчыкаў у *адным* толькі нацыянальным разрэзе. Ужо прыведзеная параўнальная табліца ўзроснага складу даволі пераканальна сьведчыць усю бясплоднасьць спроб шукаць у *нацыянальнай* прыналежнасьці тлумачэньняў розьніцам у г. зв. санітарных адзнаках мас насельніцтва і ўсю неабходнасьць і карыснасьць *сацыяльнага* аналізу. Прафэсар *Гран* [32]), бязумоўна, правы, калі паказвае, што „неабходна *дагаварыцца* аб адным асноўным мэтадалёгічным прынцыпе—мэтадзе параўнальнага вывучэньня. Гэта абавязвае прызнаць, што, вывучаючы „біалёгію і паталёгію яўрэяў“ мы з яшчэ большым посьпехам будзем набліжацца да нашай асноўнай мэты, чым больш у нас будзе параўнальных матар'ялаў, чым больш параўнальна стандартных вялічынь у нас будзе для розных *рас і нацый*“, але абавязкова ў сацыяльным разрэзе—мы дабаўляем, дадаем патрабаваньне да параўнальнага мэтаду. „Матар'ялістычны падыход—пры абгрунтаванасьці вучэньня аб разьвіцьці расы і нацыянальнасьці кладзе ў аснову прадпасылку аб уплыве ўмоў надворных колаў, маючы на ўвазе перш за ўсё сацыяльна-эканамічныя ўмовы, у якіх разьвіваліся і разьвіваецца раса і нацыя“ *(Гран* [32]*)*. Але матар'ялістычны падыход ня толькі „кладзе ў аснову“, але патрабуе практычнага ўкараненьня ў мэтадалёгію прадпасылкі аб уплыве сацыяльна-эканамічных умоў, а з пункту погляду *сацыяльнай* гігіены гэта—conditio sine qua non.

У адносінах дасьледваньня дэклясаванага яўрэйства—гэта вельмі цяжка, калі, наогул, выпаўніма, таму што нам невядома другая *нацыянальная* група, падобная да яго ня толькі па свайму *сапраўднаму* сацыяльна-эканамічнаму становішчу, але—а гэта ня менш важна—і па сваёй сацыяльна-эканамічнай *гісторыі*. А пры параўнаньні яўрэяў з неяўрэямі з падлікам сацыяльнай дыфэрэнцыяцыі „вышла, што яўрэі розных краін адрозьніваюцца адзін ад другога ня менш, а часта яшчэ больш, чым яўрэі асобных краін ад вакольнага неяўрэйскага насельніцтва... Калі бяруць для параўнаньня пэўныя сацыяльныя клясы, напрыклад, яўрэўскую і неяўрэйскую прафэсіянальную інтэлігенцыю, альбо яўрэйскую гандлёвую клясу з неяўрэйскай, то розьніцы амаль ня будзе“ *(Ляшчынскі* [33]). Гэтыя мэтадалёгічныя меркаваньні неабходна мець на

ўвазе пры тлумачэньні паказчыкаў—руху насельніцтва, што прыводзяцца намі выключна ў мэтах агульнай арыентыроўкі (гл. табліцу № 3).

Даныя гэтыя, пацьвярджаючы ў агульным устаноўленае многімі аўтарамі *(Біншток і Навасельскі* [34, 35]*), Ляшчынскі* [36]*), Вайсенберг* [37]*), Фінкельштэйн* [38]*), Браўдэ* [39]*), В. І. Біншток* [40]*), Смулевіч* [41]) і інш.) становішча, што дэмаграфічныя паказчыкі яўрэйскага насельніцтва ў агульным больш спрыяючыя, чым дэмаграфічныя паказчыкі неяўрэйскага насельніцтва, у той самы час пацьвярджае таксама немагчымасьць *тлумачэньня* гэтага аднымі нацыянальнымі, расава-біалёгічнымі асаблівасьцямі яўрэяў. (Пар., напрыклад, нараджальнасьць сярод неяўрэяў гор. Менску і яўрэяў БССР, альбо сьмяротнасьць сярод яўрэяў акруговых гарадоў і іншых гарадоў і мястэчак альбо прырост сярод неяўрэяў Менску і БССР і г. д.).

Мы лічым патрэбным тут-жа падкрэсьліць ролю і значэньне дэмаграфічных паказчыкаў для сацыяльна-гігіенічнай характарыстыкі насельніцтва, якія выяўляюцца надта добра на прыкладзе яўрэяў. Дэмаграфічныя паказчыкі апошніх павінны-б сьведчыць аб сацыяльна-гігіенічным дабрабыце, між тым часта ўжо пры азнаямленьні пры дапамозе *іншых мэтадаў* з становішчам групы яўрэйскага насельніцтва мы бачым вялікую нэндзу. У поўнай меры гэта пацьвярджаецца і нашымі матар'яламі. Таму, ня прыходзіцца сумнявацца ў тым, што калі няспрыяючыя дэмаграфічныя паказчыкі кажуць аб сацыяльна-гігіенічным недабрабыце, *то спрыяючыя паказчыкі, ва ўсякім разе, зусім невыстарчальны для высадаў аб сацыяльна-гігіенічным становішчы дасьледуемай групы насельніцтва, а таму прамыя адзнакі гэтага становішча* могуць служыць для яго ацэнкі незалежна ад характару дэмаграфічных паказчыкаў.

У сілу паказаных прычын, па-першае, у рабоце намі амаль ня ўжываецца мэтад параўнаньня, а калі нам прыходзіцца да яго прыбегнуць, то для высьвятленьня, ці ёсьць якая-небудзь розьніца паміж дэклясаваным яўрэйствам і іншымі клясамі *ўнутры яўрэйства-ж.* Па-другое, наша праца грунтуецца на дасьледваньні, гэтак званых прамых сацыяльнагігіенічных адзнак дэклясаванага яўрэйства, іх заняткаў, бюджэтаў,жыцьця, харчаваньня, становішча здароўя і інш.

ФАРМУЛЯРЫ АБСЬЛЕДВАНЬНЯ.

(Пераклад з яўрэйскага.)

Менскае Яўрэйскае Мэдыка-Санітарнае Т-ва. — Інстытут Сацыяльнай Гігіены.

КАРТКА №. . . . .

Пол: муж., жаночы.

1. Прозьвішча . . . . імя . . . . імя па бацьцу . . . узрост . . .
2. Месца нараджэньня: горад . . . . мястэчка . . . . сяло . . . .
3. Асноўная прафэсія . . . .

4. Адукацыя
- Навучаўся ў хедэры . . . . гадоў
- „ у рэл. школе . . . . . гадоў
- „ у агульн. школе . . . гадоў
- Скончыў школу, якую . . . самаадук., хатняя адукацыя.
- Можа чытаць і пісаць па-яўрэйску, расейску, на інш. мове.
- Няпісьменны.

5. Навучаўся прафэсіі, якой . . . . не навучаўся.

6. Чым займаўся бацька на працягу дзяцінства апытваемага . . .
„ „ „ „ юнацтва „ . . .
„ займалася маці на працягу дзяцінства апытваемага . . . .
„ „ „ „ юнацтва „ . . . .

7. Зьвесткі аб сацыяльным становішчы і прафэсыйны аналіз.

Узросны пэрыяд	Месца жыхарства	Жыльл. умовы	Умовы харч.	Заняткі	Заробак	Умовы працы

8. Сямейнае становішча: дзяцюк, жанаты, удовы, разьведзены, дзяўчына, замужам, удава, разьведзеная.

9. Жыве разам з апытваемым: муж, жонка, дзеці да 14 гадоў . . старэйшыя за 14 гадоў . . бацькі . . родзічы . . . жыве асобна . . .

10. Бюджэт: уласны заробак . . . . прыносяць члены сям'і . . . атрымлівае з боку . . . . разам . . . .

Выдаткі: на харчаваньне . . . . кватэру . . . . вопратку . . . . іншыя патрэбы, пасылае пражыв. асобна . . . . . .

11. Харчаваньне: колькі раз на дзень ядуць . . . . варанае.

Суб'ектыўная ацэнка.

12. Ражым дня: устае . . . . гадзін, лажыцца . . . . гадз. Колькі гадзін працуе для заробку, колькі гадзін траціць на хатнюю работу, што робіць у астатнія гадзіны . . . .

13. Санітарныя ўмовы працы . . . .

14. Гігіена цела: як часта мяняе бялізну: пасьцельную, нацельную, лазьня, вымываньне рук, уход за зубамі . . . .

15. Насьледнасьць.

	Бацька	Родзічы з боку бацькі	Маці	Родзічы з боку мацеры	Дзеці
Алкаголь . . .					
Сухоты					
Сыфіліс. . . .					
Нэрвовыя хваробы					
Псыхічныя хваробы					
Злаякасныя нар. .					
Дыятэз					
Канстыт. анамал.* .					

16. Разьвіцьцё ў дзяцінстве . . . .
17. Перанесеныя хваробы . . . .
18. Мацярынства . . . .
19. Палавое жыцьцё . . . .
20. Паст., паліць . . . .

21. Антрапомэтрыя:
Вага . . . .
Рост стоючы . . . . . .
„ седзячы . . . . . .
Разьмер грудзі пры ўздоху . . . .
Разьмер грудзі пры выдыху . . . .
У спакойным становішчы
Дліна кісьці . . . . . .
Шырыня „ . . . . . .
Дліна галавы . . . . . .
Шырыня „ . . . . . .
Вышыня „ . . . . . .
Шырыня твару ўверх . .
„ „ ўніз . . .
Вышыня носа . . . . . .
Шырыня „ . . . . . .
Сьпірамэтрыя
Дынамэтрыя
. . . .
. . . .

22. Склад цела:
Хрыбет
Грудная клетка
Вобласьць жывата
Рукі і ногі
Харчаваньне добрае, сярэдняе, дрэннае
Скура
Паўторныя пал. прыд.
Колер валасоў
Анамаліі
. . . .
. . . .
Лёгкія
Сэрца
Крываносныя сасуды
Ныркі
Мача—палавыя органы
Нэрвовая сыстэма

23. Мэдычныя абсьледв.
Паражніна рота
Зубы
Страўнік
Кішкі
Верхн. дых. пуці

24. Вывады доктара . . . .
25. Увага. . . . .
. . . .

Подпіс. . . . . .

1927 г.

АНКЕТА №. . . .

(Пераклад з яўрэйскага)

Для абсьледваньня главы сям'і, што мае лекавую кніжку Яўрэйскага мэдыка-санітарнага таварыства.

1. Прозьвішча . . . . імя . . . . імя па бацьку . . . .
2. Адрас . . . .
3. Заняткі главы сям'і . . . .
4. Месца жыхарства да 1924 г. . . . .
5. „ „ з 1924 г. . . . .
6. Ці знае якую-небудзь прафэсію і якую . . . .

7. Заняткі да Кастрычн. рэвалюцыі . . . . . . пасьля Кастрычн. рэвалюцыі . . . .

8. Становішча сям'і . . . .

Узрост	Агульны лік	Навучаюцца ў			Працаздольных беспрацоўных	Маюць заробак
		Школе	Праф-школе	Хедэры		
Да 1 г.						
1—4						
5—14						
15—18						
19—24						
25 гадоў						

9. Жыльлёвыя ўмовы: агульная плошча намяшканьня на ўсю сям'ю . . . . . квадратных мэтраў; на 1 жыхара . . . . . . кв. мэтраў; асобная кватэра, агульная; з аднаго пакою, двох, трох, чатырох; кут, ложка; на якім паверсе, сутарэньне, паўсутарэньне, мансарда. У доме камунальным, прыватным, уласным . . . . Кухня асобная, не.

10. Памяшканьне: чыстае, бруднае, вельмі бруднае; сьветлае памяшканьне, паўцёмнае, цёмнае; сухое, вільготнае; цёплае, сьцюдзёнае. Лік вокнаў у памяшканьні . . . . . . ; форткі ёсьць, няма; уборная ў доме, на дзядзінцу; вадаправод у доме, на дзядзінцу; вадаправоду няма; дзядзінец чысты, брудны, вельмі брудны. Колькі чалавек сьпіць: па аднаму, па два, па тры, на лаўках, на падлозе, на печы.

11. Бюджэт: Сярэдні заробак главы сям'і на месяц . . . . . . іншых членаў сям'і . . . . . . Колькі ўсе прыносяць у агульны бюджэт сям'і . . . . . Атрымліваюць дапамогу з боку: так, не, колькі . . . .

12. Выдаткі ўсяе сям'і на харчаваньне . . . памяшканьне . . . . вопратку . . . . . , навучаньне дзяцей . . . . . . , культурныя патрэбы . . . . . , разам . . . . . . прыходзіцца дапамагаць утрыманцам на старану, колькі . . . . . ня прыходзіцца.

13. Харчаваньне: бацькоў: варанае штодзённа, не штодзённа.
Мяса (колькі) . . . . . разоў на тыдзень.
Тлушчу выстарчальна, невыстарчальна . . . . .
Цукру выстарчальна, невыстарчальна . . . . . .
Суб'ектыўная ацэнка здавальн., нездавальняючая.

14. Дзяцей: варанае штодзённа, не штодзённа.
Мяса (колькі) . . . . . разоў на тыдзень . . . . .
Тлушчу выстарчальна, невыстарчальна.
Цукру выстарчальна, невыстарчальна.

Малака выстарчальна, невыстарчальна.

Суб'ектыўная ацэнка здавальн., нездавальняючая.

15. У бацькоў бялізны хапае, не хапае; верхняе вопраткі хапае; не хапае; абутку хапае, не хапае; зімовае вопраткі хапае, не хапае.

16. У дзяцей бялізны хапае, не хапае; верхняе вопраткі хапае, не хапае; абутку хапае, не хапае; зімовае вопраткі хапае, не хапае.

17. У сям'і душэўна-хворыя ёсьць, не; эпілептыкі ёсьць, не . . . ; глуханямыя ёсьць . . . . , не; сьляпыя на адно вока ёсьць . . . , не; сьляпыя на абудва вока ёсьць . . . . не; іншыя калекі ёсьць . . не.

18. Колькі памерла ў сям'і за апошн'я 10 гадоў . . . . .

19. Ці ёсьць дакумант на права атрыманьня бясплатнай мэдычнай дапамогі . . . . .

20. Дадатковыя зьвесткі . . . .

21. Заключэньне абсьледваценя . . . .
. . . .

IV

Матар'яльнай асновай усіх і ўсялякіх сацыяльна-гігіенічных адзнак зьяўляецца, як вядома, бюджэт: бюджэт у той-жа час зьяўляецца і матар'яльным выразам сацыяльнага стану тэй ці іншай групы насельніцтва. Нажаль, на падставе матар'ялаў (запоўненых анкет) не ўдаецца рабіць колькаснага аналізу прыбыткова-выдатковага бюджэту дэклясаванага яўрэйства гор. Менску. Трэба думаць, што прычына гэтаму заключаецца ня ў віне абсьледавацеляй, а ў самым характары гэтага бюджэту; даволі паказаць, што ў склад бюджэту 39,1% (гл. табл. 4) усіх абсьледаваных сем'яў уваходзіць „дапамога з боку“, якая, бязумоўна, ня можа быць аднесена да больш-менш цьвёрдых даходаў; гэтым тлумачыцца і выпадковасьць выдаткаў. Аднак, як бачым, і самыя заняткі дэклясаванага яўрэйства вызначаюць гэтую выпадковасьць. „Незабясьпечанасьць“ ня толькі ў сэнсе велічыні, але і ў сэнсе вернасьці і сталасьці—вось самае характэрнае для бюджэту абсьледаваных сем'яў. Таму, уласна, і вялікага сэнсу няма ў старанным колькасным аналізе яго, і мы і ў малай меры ня ўпэўнены наколькі агульнае разьмеркаваньне сем'яў па велічыні бюджэту можа мець значэньне *) доўгага ці трывалага зьявішча. Ва ўсякім выпадку, больш $^3/_4$ усіх абсьледаваных сем'яў маюць бюджэт менш за 40 руб. на месяц, між тым, як менш за $^1/_4$ усяго ліку сем'яў маюць менш 3-х членаў сям'і. Для таго, каб даць уяўленьне аб рэальным значэньні такога бюджэту (20—40 руб.), прывядзем з артыкулу *С. Няпомняшчага* [42]) такія лічбы: на харчаваньне сям'і з 3-х чалавек на месяц трацілася 11 руб. 40 кап., а на падаткі, на аплату памяшканьня крамы гаспадару альбо камгасу і на іншыя выдаткі, якія зьвязаны з „заняткам“ — 11 р. 02 к. на месяц.

Гэтае жабрацкае існаваньне даецца дэклясаванаму яўрэйству, як відаць з нашага матар'ялу, нялёгка і дасягаецца толькі пры ўдзеле ў пошуках заробку некалькіх членаў сям'і. Нам здаюцца надта цікавымі даныя, якія кажуць за тое, што чым большы бюджэт сям'і, тым больш працаздольных членаў сям'і (альбо наадварот). Ва ўмовах нармальнага эканамічнага існаваньня гэта зусім сапраўднае зьявішча, але выклікае сабой рост дабрабыту сям'і, які перавышае павялічэньне ліку працуючых у ёй, як, напрыклад, сярод земляробчага насельніцтва. Прыводзім у доказ наступныя даныя статыстычнага штогодніка ЦСУ Беларусі [43]).

*) Тут і ў далейшым мы ня будзем паўтараць лічбаў, якія прыводзяцца ў табліцы.

Групы гаспадарак па пасеву	Разам працаўнікоў у пераводзе на дарослых мужчын
Да 2-х дзес.	2,62
2,01— 4 дзес.	3,36
4,01— 6 „	4,06
6,01— 8 „	4,83
8,01—10 „	4,91
10,01—16 „	4,28

У дасьледванай намі групе, *ня гледзячы* на працаздольнасьць некалькіх членаў сям'і, агульны эканамічны ўзровень застаецца жабрацкім. Зразумела, яшчэ горшае становішча тых сем'яў, якія маюць мала, альбо зусім ня маюць працаздольных: чым большы % сем'яў, у якіх няма працаздольных, тым ніжэй бюджэт гэтай катэгорыі сем'яў. Неабходна пры гэтым мець на ўвазе, што працаздольны і працуючы resp. зарабляючы, безумоўна, не адно і тое самае: сярод цікавячай нас групы толькі 56,9% працаздольных маюць той альбо іншы заробак. Сярод сем'яў з рознымі бюджэтамі гэты процант розны, у агульным паказваючы, як і трэба было чакаць, тэндэнцыю росту для тых сем'яў, у якіх і бюджэт большы, але сярод сем'яў з вельмі нізкімі бюджэтамі ніякай законамернай сувязі паміж вялічынёй яго і процантам зарабляючых назіраць не ўдаецца, напэўна таму, што бюджэты гэтыя „па-за ўсякім законам".

Цікавая ўзаемазалежнасьць назіраецца паміж велічынёй бюджэту і дапамогаю з боку. Выходзіць, што пры бюджэце да 40 руб. процант сем'яў, што атрымліваюць дапамогу з боку, тым меншы, чым большы бюджэт, а пры большым бюджэце, гэтая сувязь нікне. Выходзіць такое ўражаньне, што параўнальна высокія бюджэты ў многіх сем'ях залежаць не ад іх уласнай самадзейнасьці, а іменна ад дапамогі з боку, трэба думаць, больш заможных родзічаў: мы кажам аб ўражаньні, паколькі лік такіх сем'яў з больш высокім бюджэтам наогул невялікі.

Усё-ж гэтае ўражаньне пацьвярджаецца наступным фактам. Сем'яў, што зарабляюць,—85% у адносінах усіх абсьледаваных сем'яў: гэты процант сярод сем'яў тым ніжэй, чым ніжэй бюджэтная катэгорыя да якой яны належаць, аднак, амаль ва ўсіх катэгорыях ёсьць незарабляючыя сям'і, іменна:

сярод	сем'яў	з бюджэтам	у 10 руб. і менш	не	зарабл.	сем'і	32,3%
„	„	„	10—20 р.	„	„	„	28,8%
„	„	„	20—30 „	„	„	„	7,3%
„	„	„	30—40 „	„	„	„	24%
„	„	„	40—50 „	„	„	„	0,0%
„	„	„	50—60 „	„	„	„	4,9%
„	„	„	60—70 „	„	„	„	4,8%
„	„	„	70—80 „	„	„	„	0,0%
„	„	„	80—90 „	„	„	„	0,0%

З другога боку трэба адзначыць, што часам сям'я ўхітраецца зарабляць, ня гледзячы на тое, што ў ёй няма працаздольных: гэта мы бачым сярод сем'яў з бюджэтам у 20—30 руб. і 40—50 руб.

Мы лічым непатрэбным выкарыстаньне нашага матар'ялаў для пацьверджаньня ўстаноўленых ужо так зван. сацыяльна-гігіенічных

законаў харчаваньня і іншых патрэб, што тычацца ўзаемазалежнасьці паміж імі і бюджэтам. Нас цікавіла другое пытаньне, ці нельга на падставе нашага матар'ялу ўстанавіць, так сказаць, чарговасьць, у якой задавальняюцца менскім дэклясаваным яўрэйствам розныя патрэбы. Даныя (гл. табліцу № 5), як нам здаецца, даюць некаторы адказ на наша пытаньне. Сапраўды можна пацьвярджаць, што ў першую чаргу задавальняецца патрэба ў гарачай страве, потым у цукру, потым у бялізьне, далей, у абутку, зімняй вопратцы, верхняй вопратцы, і толькі ў апошнюю чаргу—у тлушчу. Бязумоўна, суб'ектыўнасьць анкетных запісаў, на падставе якіх зроблены гэтыя вывады, неабходна мець на ўвазе, і ня толькі таму, што гэтыя запісы рабіліся ў выніку апытаньня, але і таму, што ў залежнасьці ад дастатку апытваемага, бязумоўна, мяняецца яго адносіна да ацэнкі „выстарчальны" і „невыстарчальны". Тое, аб чым лятусіць жабрак з 10 руб. бюджэтам, здаецца зусім невыстарчальным для маючага бюджэт у 40—50 альбо і больш рублёў. Тым ня менш, прыведзеныя вывады павінны быць прызнаны даволі выстарчальнымі паколькі яны ў агульным пацьвярджаюцца адносна ўсіх бюджэтных катэгорый, і толькі сярод вышэйшых катэгорый, як відаць, больш моцны ўплыў суб'ектывізму ацэнак у зьвязку з павышанымі патрэбамі „выстарчальнасьці" верхняй вопраткі, абутку і інш. Гэтым-жа суб'ектывізмам, бязумоўна, тлумачыцца і тое, што па нашых даных быццам няма строга законамернай ўзаемазалежнасьці паміж паляпшэньнем бюджэту і памяншэньнем ліку сямей, што адчуваюць недахопы ў тым ці іншым. Гэтыя даныя такія: 80,7% усіх абсьледаваных сем'яў ня ўжывае ў страву выстарчальнае колькасьці тлушчу, 33%—ня ўжывае выстарчальнае колькасьці цукру, 8,8% ня маюць гарачай стравы, 49%—ня маюць выстарчальнае колькасьці бялізны, 63,5%—ня маюць выстарчальна верхняе вопраткі, 51,6% ня маюць выстарчальна абутку і 55,5% ня маюць выстарчальна зімняй вопраткі.

Жыльлёвыя ўмовы характарызуюцца такімі данымі (гл. табліцу № 6): амаль пятая частка ўсіх абсьледваных жыве ў цёмных памяшканьнях, палова—у сырых, палова—у халодных, палова—у памяшканьнях бяз фортачак, у $^3/_4$ усіх памяшканьняў няма вадаправоду, меншая палова памяшканьняў трымаецца брудна, і ня ці дзіўна гэта? У $^3/_4$ усіх абсьледваных сем'яў сярэдняя плошча на аднаго жыхара не перавышае 2 мэтраў, амаль $^1/_3$ мае плошчу менш 1 кв. мэтру; усяго 6,7 проц. сем'яў мае сярэднюю плошчу роўную 3—4 кв. мэтр. і больш*). Гэтыя лічбовыя даныя, самі па сабе досыць пераканальныя, яны ня могуць даць рэальнага ўяўленьня аб надта цяжкіх канкрэтных жыльлёвых умовах, якія прызнаюцца ненармальнымі для правільнага існаваньня хатніх жывёлін. Усё-ж такі жывуць і плодзяцца і, нават, кажуць выяўляюць спрыяючыя дэмаграфічныя паказальнікі... Мы, між іншым, спрабавалі высьветліць сувязь між лікам сям'і і сярэдняй плошчай на ад-

*) *Увага.* Даныя ў гэтай галіне, якія датычацца ўжо да 1923 г., паказваюць на крайнюю скучанасьць насельніцтва. У сярэднім па рэспубліцы на аднаго чалавека ў гарадох прыходзіцца 6 кв. мэтраў жыльлёвай плошчы; у шмат якіх гарадох, і асабліва рабочых пасёлках, гэта норма паніжаецца да 5 і 4 кв. мэтр. Абсьледваньні шэрагу памяшканьняў на тэкстыльных прадпрыемствах далі для іх 5,4 кв. мэтр. на аднаго чалавека, паніжаючыся у Іванава-Вазьнясенскім раёне да 2,85 кв. мэтр. Абсьледваньні горна-рабочых у Данбасе паказалі, што жыльлёвая плошча паніжалася да 4,5 кв. мэтр. на чалавека; у мэталістых гэта плошча хісталася ад 2 да 4 кв. мэтр. на чалавека (Сталіно, Вялікая Юзаўка), да 5—6 кв мэтр. (Тула, Урал)... *Сысін* [50]).

Такая „крайняя скучанасьць" складае ідэал для большасьці дэклясаваных яўрэяў гор. Менску.

нага жыхара. Больш-менш чоткая законамернасьць назіраецца ў адносінах сем'яў, якія жывуць у найгоршых кватэрных умовах: калі ня лічыць сем'яў з 5 членамі, зусім пэўна высьвятляецца, што чым больш сям'я, тым большы процант іх мае самую нізкую жыльлёвую плошчу. Аднак-жа, і ў адносінах усіх катэгорый сем'яў наогул можна пацьвердзіць, што чым менш сям'я, тым большы процант іх мае жыльлёвую плошчу... больш 2 кв. мэтраў. Вядома, пры такім становішчы, па сутнасьці, нельга гаварыць аб *лепшых* і *горшых* кватэрных умовах: ніводная з дасьледваных сем'яў ня мае кватэры, якая па плошчы перавышала-б палову санітарнай нормы і зусім надмерна займацца вывучэньнем уплыву бюджэту на кватэрныя ўмовы.

Мы далей папрабуем больш дэталёва прасачыць узаемазалежнасьць паміж кватэрнымі ўмовамі і сямейным складам. *Корф Пецерсон*[14]) сваю працу пра жыльлёвае пытаньне ў кнізе па сацыяльнай гігіене пачынае так: „Памяшканьне мае найбольш важнае значэньне для здароўя індывідууму і грамадзтва як у фізычных, так і ў маральных адносінах. *У памяшканьні—фокус сямейнага жыцьця,* а маральны ўзровень апошняга ў значнай меры залежыць ад упарадкаваньня памяшканьня. У сваю чаргу, маральны ўзровень сямейнага жыцьця абумоўлівае становішча маралі і, у вядомай меры, усю культуру народу". „Памяшканьне павінна таксама даць сям'і здавальняючыя ўмовы існаваньня, таму што толькі на аснове адпаведнага *жыльля* можа разьвівацца праўдзівая сям'я. Толькі пры такой умове выхаваньне можа зрабіць з дзіцяці карыснага ў фізычнай і маральнай адносіне чалавека, можа разьвівацца сямейны ідэал і тым самым будуць зьнішчаны тры вялізарныя шкоды сучаснасьці—алкагалізм, тубэркулёз і сыфіліс". (*Верніке*[15]). „Сям'я"—піша *Фішэр*[2])—прадстаўляе сабой зачатачную клетку дзяржавы і зьяўляецца асновай і нарожным каменем аховы здароўя (Gesund heits—wesens)... Лік шлюбаў пасьля вайны значна перавысіў даваенны ўзровень. Цан таму даволі правільна кажа аб „эпідэміі шлюбаў", якую ён ня лічыць неабнадзейным зьявішчам „ня толькі таму, што яна абвастрае ўжо *маючуюся жыльлёвую і маемасную патрэбу,* але і таму, што яна праходзіць без каштоўных маральных і сацыяльных пабудак". Мы прывялі гэтыя цытаты, разумеецца, не дзеля выказаных у іх поглядаў на „маральнае" значэньне сям'і, якая ў сапраўднасьці абумоўлена яе сацыяльнай сутнасьцю, а для таго, каб падкрэсьліць прызнаную сувязь паміж сямейным жыцьцём і жыльлёвымі ўмовамі.

У адносінах, у прыватнасьці, яўрэяў гэтая сувязь можа выявіць сабой інтарэс, так як сярод прычын, якімі тлумачаць іх дэмаграфічны дабрабыт, шмат увагі зьвяртаецца і іх сямейнаму жыцьцю. Не затрымліваючыся на самым уплыве сямейнага жыцьця resp. жыльлёвых умоў на распаўсюджваньне тых альбо іншых захварэньняў, як tbc, алкагалізм, сыфіліс, жаночыя хваробы і інш. (гл. Вайнберг),[16] Мосэ[18]), Ляквер[19]), Тугендрайх[19]) і г. д.), паглядзім, які маюць уплыў адзін на другога абодва гэтыя фактары сярод дасьледваных намі сем'яў (гл. таблiцы № 7 і 8). Перш за ўсё мы бачым, што незалежна ад колькасьці сям'і, амаль палова дасьледваных пражывае ў агульных (з іншымі сем'ямі) кватэрах і што толькі 5,2 проц. з іх займае кватэры ў 3 пакоі (гл. вышэй жыльлёв. плошч.), 43,3 проц —з двох пакояў кватэры. Пры гэтым высьвятляецца, што чым больш пакояў у кватэры тым у большым проц. выпадкаў яна зьяўляецца асобнай. Далей, зусім выразна высьвятляецца (за выключэньнем асабліва шматлікавых семьяў, якія прадстаўлены ў нашым матар'яле найбольшаю лічбаю), што чым больш членаў у сем'ях, тым больш пакояў у іх кватэрах (большы проц. сем'яў з 2 і 3 пакоямі ў кватэры) і тым большы проц. з іх жыве ў паасобных

кватэрах. Гэта відаць і па сярэдняй колькасьці сям'і: у кватэры з адным пакоем—3,1 чал. на адну сям'ю, з 2-ма пакоямі—4,5, з 3-ма і больш пакоямі—5,4; у паасобных кватэрах –4,6, у агульных –3,5 (у сярэднім на адну сям'ю прыходзіцца 4,1 чал.). Само сабой зразумела, што на велічыню і тып кватэры мае ўплыў бюджэт сям'і, які, як мы бачылі, у сваю чаргу, залежыць ад колькасьці сям'і, але *незалежна* ад гэтага прыведзеныя даныя пэўна паказваюць на законамерную ўзаемазалежнасьць паміж колькасьцю сям'і і кватэрнымі ўмовамі сярод дасьледванай групы насельніцтва. Што тут зьяўляецца першым зьявішчам, сказаць цяжка, але ці выклікаюць кепскія кватэрныя ўмовы абмежаваньне колькасьці сям'і альбо, наадварот, ці прымушае шматколькасная сям'я ўбогага яўрэя, ва што-б то ні стала, палепшыць кватэрныя ўмовы—гэта аднолькава сьведчыць, па нашаму разуменьню, што пытаньні сям'і займаюць надта ўплыўнае месца сярод дэклясаваных яўрэяў гор. Менску.

Сямейнае становішча іх, паколькі аб ім можна разважаць на падставе матар'ялу, які тычыцца да ўсіх мінуўшых мэдычнае абсьледваньне, выяўляе таксама некалькі небез'інтарэсных фактаў і суадносін.

Сямейнае становішча.

Узрост		Дзяцюк і дзяўчына		Жанаты і замужам		Удовыя		Разьведз.		Усяго	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
0—19	м.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	ж.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20—24	м.	17	89,5	2	10,5	—	—	—	—	19	100
	ж	31	67,4	14	30,4	1	2.2	—	—	46	100
25—34	м.	3	55,3	54	97,7	—	—	—	—	57	100
	ж.	5	4,3	90	78.3	13	11,3	7	6,1	115	100
35—44	м.	1	1.1	85	96.7	1	1.1	1	1,1	88	100
	ж.	1	0,6	134	80.2	28	16,8	4	2,4	167	100
45—54	м.	—	—	113	95,8	5	4,2	—	—	118	100
	ж.	1	0,7	108	78.8	26	19,0	2	1.5	137	100
55—64	м.	—	—	99	90.9	10	9.1	—	—	109	100
	ж.	—	—	61	74.4	18	21,9	3	3.7	82	100
65—74	м.	—	—	58	90,6	6	9,4	—	—	64	100
	ж.	—	—	22	73,4	7	23,3	1	3,3	30	100
70 і бол.	м.	—	—	18	85.7	3	14,3	—	—	21	100
	ж.	—	—	2	65,7	1	33,3	—	—	3	100

Да 20 год мы ня маем ніводнага, уступіўшага ў шлюб; узрост, у якім большасьць уступае ў шлюб, зьяўляецца ўзрост 25—34 г. Пры гэтым важна падкрэсьліць, што жанчыны, відавочна, больш маладымі ўступаюць у шлюб у параўнаньні з мужчынамі; так у ўзросьце 20—24 г. яны выходзяць замуж у 3 разы адносна больш, чым жэняцца мужчыны, аднак, колькі-небудзь значнай розьніцы ў узросьце ўступленьня ў шлюб жанчын і мужчын не назіраецца.

Ва ўсіх узростах (акрамя 20—24) адносны лік жанатых мужчын больш ліку замужных жанчын, наадварот—лік удовых і разьведзеных жанчын больш удовых і разьведзеных мужчын. Пабочным чынам гэты факт сьведчыць аб вялікай сьмяротнасьці сярод мужчын. Што тычыцца разводаў, то значны лік іх сярод жанчын можна было-б аднесьці за лік іх больш раньняга (неабмеркаванага) уступленьня ў шлюб альбо большай чульлівасьцю іх да бязгладзін сямейнага жыцьця; але мы лічым, што правільней будзе лічыць прычыну гэтага проста ў сацыяльным характары абсьледванай групы: зусім сапраўды, што разьведзеныя жанчыны з гэтай групы і хутчэй робяцца выхаванкамі грамадзкай арганізацыі, а пагэтаму яны прадстаўлены большым лікам.

Параўнаем цяпер сямейнае становішча дэклясаваных яўрэяў з сямейным становішчам усіх яўрэяў і беларусоў[30]).

На 1.000 насельніцтва ва ўзросьце 15 г. і больш прыходзіцца:

		Дэкляс. яўрэі	Усе яўрэі г. Менску	Неяўрэі г. Менску	Неяўрэі БССР	Яўрэі БССР
Дзяцюкі і дзяўчыны	м.	163,1	360,2	428,6	340,1	349,9
	ж.	221,3	324,8	295,3	296,2	319,3
Знаходзячыяся ў шлюбе	м.	788,6	603,2	542,6	615,5	610,1
	ж.	619,3	522,5	520,1	575,0	533
Удовыя	м.	45,9	30,9	16,5	38,4	38,2
	ж.	135,1	138,2	158,5	129,0	146
Разьведзеныя	м.	1,8	3,9	7,3	3,6	2,5
	ж.	24,4	12,8	23,2	8,1	7,6
Не паказана	м.	—	1,8	5,0	2,4	2,3
	ж.	—	1,7	2,9	1,7	2,2
Усяго		1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

Такім чынам выяўляецца, што найменш забясьпечаная група, якой зьяўляецца дасьледваная намі, мае найбольшы паказальнік уступіўшых у шлюб і найменшы паказальнік дзяцюкоў і дзяўчын. Нам няма чаго паўтараць параўнаньні іншых паказальнікаў, прыведзеных у табліцы; зварочвае на сабе ўвагу толькі вялікі лік удаўцоў сярод дэкля-

саваных яўрэяў і адлічча *ў адносіне* паміж мужчынскімі і жаночымі паказальнікамі сярод дзяцюкоў і жанатых; па астатніх катэгорыях адносасьць гэта сярод дэклясаваных яўрэяў адпавядае ўсім іншым параўнаемым групам насельніцтва. Між іншым, карыстаемся выпадкам на падставе і гэтых даных, як і прыведзеных у папярэдняй главе, лішні раз падкрэсьліць, што „нацыянальны“ аналіз дэмаграфічных зьявішч зусім невыстарчальны для разуменьня іх сутнасьці. Чым, на самай справе, можна растлумачыць і як тлумачыць адмечаны значны лік знаходзячыхся ў шлюбе сярод дэклясаваных яўрэяў гор. Менску, ня ў прыклад іншым яўрэям? Вядома, можна тлумачыць гэта „біалёгічна“, тлумачыць як „натуральны адбор“, як „інстынктыўную, несьвядомую кампенсацыю“ і г. д. „Але, калі ўтварэньне пары і разумець, як нешта натуральнае (als etwas Natürliches), то ў заключэньні шлюбу неабходна ўгледжваць сацыяльны акт“ (*Фішар*[2])—гэта значыць акт, маючы сацыяльна-эканамічнае цячэньне і прычыны. Як відаць, крайняя патрэба, *безнадзейнае* ўбоства зьяўляюцца гэтымі прычынамі і прымушаюць дэклясаваных яўрэяў шукаць ратунку ў сям'і, альбо, у сутнасьці, гэта адзінае мерапрыемства, што знаходзіцца пад іхняй уладаю, і што можыць так альбо інакш нешта зьмяніць. Арыгінальны разьлік, можа быць разьлік роспачы. Меркаваць адваротную залежнасьць, быццам „нахіл“ абсьледванай групы да сямейнага жыцьця выклікае альбо нават павялічвае паўпэрызм, зразумела, зусім бяссэнсна. Буржуй не таму робіцца буржуем, што ён позна абзаводзіцца альбо штучна абмяжоўвае лік сям'і...

V

Калі сацыяльна-эканамічнае становішча насельніцтва вызначае сабой стан асноўнай яе ячэйкі—сям'і, то дабрабыт апошняй адбіваецца, зразумела, на якасьці яе членаў, а на аснове вывучэньня гэтых якасьцяй, уласна, і складаецца прадстаўленьне аб масавым здароўі. Неабходна, праўда, тут-жа зрабіць агаворку, што, ня гледзячы на гэта, адзнакі масавага здароўя якасна адрозьніваюцца ад адзнак здароўя асобных індывідуумаў, колькасьць у гэтым выпадку пераходзіць у якасьць, але без магчыма поўнага азнаямленьня з усімі фактарамі, абумоўліваючымі паходжаньне і разьвіцьцё індывідуальных адзнак, немагчыма правільна тлумачыць і значэньне паказчыкаў масавага здароўя. Таму мы павінны гэтыя фактары вывучыць.

Адным з асноўных такіх фактараў зьяўляецца індывідуальная гігіена, альбо, як яе *Марзееў*[51]) называе, „санітарны быт“. Мы можам, перш за ўсё, прывесьці даныя адносна мыцьця ў лазьні і зьмены бялізны. Калі ня лічыцца з узростам абсьледваных (1956 чал.), то выявіцца, што 22,7% мыецца ў лазьні часьцей аднаго разу на месяц, 19,1%—1 раз на месяц, 11,6%—некалькі разоў на год, 31,6%—радзей аднаго разу на год і 15,1%—зусім ня мыюцца. Вельмі цікава параўнаць гэтыя даныя з лічбамі, прыведзенымі ў *Марзеева*[51]) у адносінах сельскага насельніцтва Украіны: сярод яго 18,7% мыецца часьцей аднаго разу на месяц, 18,4%—адзін раз на месяц, 62,9%—радзей аднаго разу на месяц. Як відаць, даныя даволі падобныя да сябе, пры некаторых больш спрыяючых лічбах, для абсьледванай намі групы. Наадварот, менш спрыяючыя лічбы яна дае ў адносінах зьмены бялізны (нацельнае), іменна:

	сярод дэкляс. яўр.	сярод сел. насельніцтва Украіны
1 раз на м-ц мяняе	81.5%	90.2%
1 „ „ 2 тыдні	14.5 „	2,9 „
1 „ „ м-ц (3-4 тыдні)	1,9 „	5,7 „
Радзей 1 разу на м-ц	1,9 „	1,2 „
Не мяняюць бялізны	0.2 „	—

Яшчэ больш цяжкае становішча ў адносінах пасьцельнае бялізны: 9,2% абсьледваных намі мяняе яе радзей аднаго разу на месяц, і 5,8% зусім яе не мяняюць. Мы, апроч гэтых агульных паказчыкаў, возьмем яшчэ паказчыкі для двух асноўных узросных груповак: да 14 гадоў уключна і 15-гадовых і старэйшых.

Індывідуальная гігіена.

(Зьмена бялізны)

		1 р. на тыдзень і часьцей		1 р. на 2 тыдні		1 р. на 3—4тыдні		Радзей		Ня маюць		Усяго	
		Нац.	Пас.	Нац.	Пас.	Нац.	Пас.	Нац.	Пас.	Нац.	Пас.	Нац.	Пас.
0—14	Абс.	589	198	52	309	15	160	15	20	2	47	673	734
	%	87,5	27,0	7,7	42,1	2,2	21,8	2,2	2,7	0,4	6,4	100%	100%
15 г.	Абс.	971	241	227	481	22	278	22	161	—	66	1242	1227
	%	78,2	19,6	18,3	39.2	1,75	22,7	1,75	13,1	—	5,4	100%	100%
Разам	Абс.	1560	439	279	790	37	438	37	181	2	113	1915	1961
	%	81,5	22,4	14,5	40,3	1,9	22,3	1,9	9,2	0,2	5,8	100%	100%

Мыцьцё ў лазьні.

		Часьцей 1 р. на м-ц	1 р. на м-ц	Некалькі раз. на год	Радзей	Ня ходзяць	Усяго
0—14	Абс.	306	110	79	136	92	723
	%	42,3	15,2	11.0	18,8	12,7	100%
15 і больш	Абс.	138	263	147	483	202	1233
	%	11,2	21,3	11.9	39,2	16,4	100%
Разам	Абс.	444	373	226	619	294	1956
	%	22,7	19.1	11,6	31,6	15,0	100%

Зусім дакладна, такім чынам, высьвятляюцца больш спрыяючыя адзнакі санітарнага быту дзіцячага насельніцтва ў параўнаньні са ўзростам. Можна было-б у гэтым угледзіць пацьверджаньне распаўсюджанае думкі аб дзеталюбстве *яўрэяў*, калі-б да аналёгічных вывадаў*) не прывяло і абсьледаваньне сельскага насельніцтва Украіны *(Марзееў* [51]*)*. Зразумела, тут справа не ў якіх-небудзь „спэцыфічных нацыяльных“ уласьцівасьцях, а выключна ў сацыяльна-эканамічных умовах. Калі ўлічыць, што сельскае насельніцтва Украіны так рэдка мыецца, у значнай меры з-за адсутнасьці лазьняў у вёсках (большая частка іх мыецца ў начоўках), а дэклясаванае яўрэйства гор. Менску, дзе, зразумела, такая прычына ня мае ніякай ролі, рэдка мыецца,

*) *Увага.* У працы *Марзеева* лічбы выведзены ў адносінах колькасьці абсьледваных *памяшканьняў* з адзнакай санітарнага быту, у нас — у адносінах ліку абсьледваных асоб. Тым ня менш, зразумела, параўнаньне застаецца зусім паказальным.

відаць, проста з-за адсутнасьці сродкаў, то ўся цяжкасьць гэтых умоў робіцца зусім яскравай. Мы і параўнаньне з украінскімі данымі прывялі выключна для таго, каб мець права паўтарыць вывад, да якога прыходзіць аўтар цыціраванай працы (само сабой зразумела, што гэта ні ў якай меры не гаворыць нават аб далёкай схожасьці прычын, што выклікалі аналёгічныя вынікі): „...факты, міма якіх нельга прайсьці, якія... галосяць аб вельмі нізкай санітарнай культуры“... (*Марзееў* [51]). Зразумела, факты павінны галасіць ня толькі і ня столькі аб самай культуры, колькі аб тых матар'яльных умовах, пры якіх такая культура магла разьвіцца.

А вось яшчэ адзін паказчык гэтых умоў:

Сьпяць не па аднаму	Абс.	%
У сем'ях з 1 чалавекам . . .	1	2,1
„ „ 2 „ . . .	22	11,2
„ „ 3 „ . . .	56	28,6
„ „ 4 „ . . .	129	64,2
„ „ 5 „ . . .	136	64,4
„ „ 6 „ . . .	101	87,0
„ „ 7 „ . . .	49	87,5
„ „ 8 „ . . .	31	100,0
„ „ 9 „ . . .	9	100,0
„ „ 10 „ . . .	6	100,0
„ „ 11 „ . . .	2	100,0
Разам . . .	542	51,6

Як і раней, мы лічым зусім непатрэбным паўтараць гігіенічнае значэньне гэтае абставіны, што больш за палову абсьледваных сем'яў сьпяць не па аднаму; пры гэтым, як і трэба было чакаць, процант такіх сем'яў тым большы, чым большы склад сям'і.

Што датычыць асабістых прывычак, якія маюць істотнае гігіенічнае значэньне, то аб іх можна судзіць па наступных даных:

Сярод апытаных намі 460 мужчын ва ўзросьце ад 15 гадоў і старэйшых выявілася:

Што паляць	163	альбо	35,4%	
„ ўжываюць алкаголь	33	„	7,2 „	што п'юць 19,4%
„ паляць і п'юць	56	„	12,2 „	
Ня п'юць і ня паляць	208	„	45,2 „	

Паказанымі ўмовамі, зразумела, ня вычэрпваюцца ўсе моманты, што так альбо іначай уплываюць на паходжаньне і разьвіцьцё індывідуальных асабістасьцяй, тым больш, што гэтыя ўмовы ўзяты ня ў іх дынаміцы, а ў пэўны пэрыяд — пэрыяд вытворчасьці абсьледваньня. Калі супольнасьць індывідуальных асабістасьцяй лічыць канстытуцыяй чалавека, то, па нашай думцы, трэба згадзіцца з *Каупам* [58]), калі ён піша, што „канстытуцыя—гэта разьвіўшаяся да поўнай сьпеласьці з задаткаў

зародкавай плазмы (насьледныя задаткі, Генотіп) пад уплывам умоў жыцьця асабістасьці (Körperverfassúng) чалавечнага біатыпу (фенотип, надворны выгляд)“. Можна было-б прывесьці дзесяткі іншых вызначэньняў, таго-ж паняцьця, але для нас важна падкрэсьліць, што пры ўсякім разуменьні сутнасьці, паходжаньня і разьвіцьця індывідуальных асабістасьцяй, роля насьледнасьці, зразумела, ня можа быць выключана *), хаця-б у сэнсе „насьледуемай здольнасьці да прыстасаваньня, патэнцыяльных магчымасьцяй да прыстасаваньня“, рэалізацыя якіх, зразумела, залежыць ужо ад „экспазыцыі“—небясьпекі, „паддегнуць дзейнічаньню шкодных раздражненьняў, што выцякаюць для індывідуума з яго зьмяняючагася—жыцьцёвага становішча і трыманьня“ (*Пфаундлер*[53]). Таму „гігіеніст павінен зьвярнуць асабліву ўвагу і на тое, які ўдзел у ўтварэньні сталага біалёгічнага становішча прымаюць насьледваныя задаткі з аднаго боку і ўплыў акаляючага кола—з другога“ (*Кауп*[55]). Нам у далейшым прыдзецца зьвярнуцца да некаторых пытаньнаў, што зьвязаны з разуменьнем канстытуцыі, а зараз важна з іншых фактараў, што вызначаюць індывідуальныя асабістасьці абсьледваных, у першую чаргу азнаёміцца з данымі аб іх насьледнасьці.

Насьледнасьць.

	Абс.	% да ўсяго ліку абсьл.	% да ўсяго з адзн. насьл.
Алкагалізм	36	1,8	4,8
Сухоты	307	15,35	40,8
Сыфіліс	—	—	—
Нэрвовыя хворобы	59	2,95	7,9
Душэўныя хваробы	33	2,95	4,4
Злоякасныя новаўтварэньні . .	215	10,75	28,4
Дыятэзы.	103	5,15	13,7
Усяго	753	38,15	100%
Насьледн. нармальна .	1420	71,0	—

Мы бачым, што паказаньне на тую альбо іншую насьледнасьць ёсьць у 38,5% усіх даўшых адказ. На першым месцы стаіць сухотная насьледнасьць, потым ідуць паказаньні на злоякасныя новаўтварэньні, нэрвовыя хваробы займаюць чацьвертае месца ўсьлед за дыятэзамі, пятае і шостае месца займаюць алкагалізм і душэўныя хваробы. Сыфіліс у насьледнасьці на раду не адзначаны.

Хаця *В. Н. Шэўкуненка*[56]) піша, што „постэмбрыянальнае разьвіцьцё накіроўваецца многімі фактарамі, сярод якіх *добра* вядомымі зьяўляюцца ўзрост, укормленасьць, род заняткаў, прывычкі“, бязумоўна, да такіх

*) *Увага.* праф. *Матэс*[54]), напр., дае такое вызначэньне: „Канстытуцыя—гэта індывідуальная асаблівасьць чалавека, абумоўленая толькі асабістасьцямі зародкавых клетак (Г. С. Д.) бацькоў, быць такім, якім ён зьяўляецца ў кожны даны момант свайго жыцьця. Яна ўтвараецца назаўсёды (Г. С. Д.) у момант злучэньня яйца і семяннойклеткі“.

фактараў, праўда, паўторнага паходжаньня і значэньня, трэба аднесьці і месца нараджэньня і разьвіцьцё ў дзяцінстве, і перанесеныя захварэньні. У адносінах месца нараджэньня (гл. табліцу № 9) па агульнаму ітогу 69,3% усіх, даўшых адказ, нарадзілася ў гарадох, 28,7% —у мястэчках і толькі 2%—у сельскіх мясцовасьцях. Значны інтарэс, аднак, прадстаўляе больш дэталёвы разгляд гэтага пытаньня па асобных узросных групах. Па таму, як ад групы да групы зьмяняецца адносіна паміж нарадзіўшыміся ў горадзе, мястэчку альбо сяле, можна скласьці сабе вядомае прадстаўленьне аб міграцыі абсьледванай групы. Сапраўды, мы назіраем зусім ясную тэндэнцыю да пераходу яўрэяў з сяла і мястэчак у горад. У агульным, чым старэйшая ўзросная група, тым большы процант яе нарадзіўся ў мястэчку альбо сяле, што датычыць значэньня месца нараджэньня для цікавячага нас зараз пытаньня аб індывідуальных асабістасьцях, то даволі спаслацца на такі агульнавядомы факт, як больш высокая дзіцячая сьмяротнасьць у сельскіх мясцовасьцях у параўнаньні з гарадамі нават у культурных краінах, альбо розьніца ў вазе новanароджаных у залежнасьці ад цяжкасьці і тэрміну работы мацеры да радоў. Мы дазволім сабе ня прыводзіць знаёмых усім статыстычных доказаў і адзначым толькі, што ўмовы, што выклікаюць павышаную дзіцячую сьмяротнасьць, зусім ясна, ня могуць застацца бяз уплыву і на асабістасьці ўсіх дажываючых да старэйшых узростаў. Тое-ж адносіцца і да разьвіцьця ў дзяцінстве. Зразумела, пададзеныя намі даныя не задавальняюць патрабаваньняў строгай аб'ектыўнасьці і дакладнасьці, таму што яны грунтуюцца на адказах абсьледваных альбо іх бацькоў, але вядомай гарантыяй прыгоднасьці матар'ялу служыць тая абставіна, што адказы запісваліся па пэўнай і аднолькавай схэме наводзячых пытаньняў (якім дзіцям у сям'і, выпадкі сьмерці ў сям'і, якая была кватэра, якое было харчаваньне, калі пачалі хадзіць дзеці і г. д.).

Разьвіцьцё ў дзяцінстве.

Узрост		Нармальнае			Ненармальнае			УСЯГО		
		М.	Ж.	а. п.	М.	Ж.	а. п.	М.	Ж.	а. п.
0—3 . . .	Абс	47	32	79	9	7	16	56	39	95
	%	83,9	82,1	83,2	16,1	17,9	16,8	100%	100%	100%
4—7 . . .	Абс	73	77	150	25	25	50	98	102	200
	%	74,5	75,5	75,0	25,5	24,5	25,0	100%	100%	100%
8—14 . . .	Абс	132	143	275	38	42	80	170	185	355
	%	77,6	77,3	77,5	22,4	22,7	22,5	100%	100%	100%
15—19. . .	Абс	48	92	140	11	16	27	59	108	167
	%	81,4	85,2	83,8	18,6	14,8	16,2	100%	100%	100%
20—24. . .	Абс	9	33	42	4	5	9	13	38	51
	%	69,2	86,8	82,3	30,8	13,2	17,7	100%	100%	100%
25—34. . .	Абс	26	53	79	5	9	14	31	62	93
	%	84,0	85,5	85,0	16,0	14,5	15,0	100%	100%	100%
35—44. . .	Абс	47	80	127	7	10	17	54	90	144
	%	87,0	88,9	88,2	13,0	11,1	11,8	100%	100%	100%

		Нармальнае			Ненармальнае			УСЯГО		
		М.	Ж.	а. п.	М.	Ж.	а. п.	М.	Ж.	а. п.
45—54. . .	Абс %	41 74,5	55 88,7	96 82,0	14 25,5	7 11,3	21 18,0	55 100%	62 100%	117 100%
55—64. . .	Абс %	23 71,9	18 85,7	41 77,4	9 28,1	3 14,3	12 22,6	32 100%	21 100%	53 100%
65—74. . .	Абс %	7 100%	3 100%	10 100%	— —	— —	— —	7 100%	3 100%	10 100%
75 і б. . . .	Абс %	2 66,7	1 100%	3 75%	1 33,3	— —	1 25%	3 100%	1 100%	4 100%
—	Абс %	455 78,7	587 82,6	1042 80,8	123 21,3	124 17,3	247 19,2	578 100%	711 100%	1289 100%

І вось гэтыя даныя паказваюць, што ў агульным каля пятай часткі (19,2%) абсьледваных разьвіваліся ў дзяцінстве ненармальна, пры гэтым % ненармальна разьвіваўшыхся мужчын больш % жанчын. Гэтыя суадносіны захоўваюцца амаль па ўсіх узросных групах, і калі ня лічыцца з тымі з іх, якія па сваёй малалічнасьці не даюць выстарчальных падстаў для вывадаў, то можна з упэўненасьцю паказаць, што найбольш вялікі процант ненармальна разьвіўшыхся ў дзяцінстве знаходзіцца ў групах 4—7 і 8—14 гадоў, г. зн. фактычна гэта зусім яшчэ дзеці, дзеці, якія нарадзіліся ў пэрыяд 1919—1923 г. Гэты факт, зразумела, не патрабуе ніякіх тлумачэньняў і прычыны яго наяўны.

Узростам абсьледваных, зразумела, і тлумачыцца розьніца ў перанесеных захварэньнях (гл. табліцу № 10), пры гэтым выяўляюцца некаторыя зьявішчы, якія прадстаўляюць агульны інтарэс, а ня толькі— з пункту погляду ўплыву на індывідуальныя ўласьцівасьці абсьледваных. Ёсьць наяўная розьніца ў ліку перанёсшых дзіцячыя інфэкцыі сярод малодшых і старэйшых узросных груп: процант перанёсшых водру павялічваецца да 19-гадовага, можна лічыць, 24-гадовага ўзросту; сярод груп старэйшых узростаў % гэты меншы. Тое-ж самае датычыцца і дашкарлятыны, з тэй толькі розьніцай, што ўзроснай групай, сярод якой яшчэ наглядаецца адносна значны процант перанёсшых яе, зьяўляецца група ў 25—34 г. і толькі старэйшыя групы паказваюць на меншы процант. Такім чынам выходзіць станоўчае ўражаньне, што старэйшае пакаленьне менш падлягала ўплыву дзіцячых інфэкцый. Трэба, бязумоўна, пры гэтым мець на ўвазе і недакладнасьць у паказаньнях абсьледваных, і магчымасьць няправільных дыягназаў у мінулым. Магчыма, таксама, што ў даўнія гады дзіцячыя інфэкцыі давалі большую сьмяротнасьць, такім чынам, перанёсшых іх засталося меншы процант. Іншы малюнак наглядаецца ў адносіне паразітарных тыфусаў. Павялічэньне з узростам % перанёсшых таксама наглядаецца, але гэтае павялічэньне, так сказаць, натуральна (чым старэйшы чалавек, тым больш хвароб ён перанёс) і не зьмяняецца рэзка сярод старэйшых пакаленьняў (групы, старэйшыя за 65 гадоў, як ужо паказана, можна ня прымаць у разьлік з прычыны іх малалічнасьці); самы большы процант перанёсшых паразітарныя тыфусы наглядаецца сярод абсьледваных ва ўзросьце 25—34 г., г. зн. якраз тая ўзросная група, якая была *актыўнай* (у тэй ці іншай форме) удзельніцай падзей 1914—1920 г. г.,

і, значыць, падлягала найбольшай небясьпецы заражэньня. Удзельная вага перанёсшых чарэўны тыфус найбольшая сярод абсьледваных ва ўзросьце 25—44 г.; тут, відаць, мае значэньне ня толькі самы ўзрост, але і тыя абставіны, што ў гады вайны і рэвалюцыі, як вядома, рэзка пагоршылася санітарнае становішча населеных месц, ад якога ў першую чаргу залежыць распаўсюджваньне чарэўнага тыфусу.

Цікава, якраз, параўнаць нашы даныя аб распаўсюджаньні паразытарных тыфусаў сярод дэклясаванага яўрэйства гор. Менску з некаторымі іншымі аналёгічнымі данымі, якія вядомы нам у літарутуры. Праф. *Тарасэвіч*[57]), на падставе зробленых ім спэцыяльных разьлікаў, лічыў, што „сапраўдная лічба захварэньняў (чарэўным тыфусам) ня можа быць ніжэй 15—18% усяго насельніцтва“; па яго-ж даных захварэньні зваротным тыфусам былі прыкладна ў 3 разы менш, г. зн. 5—6% усяго насельніцтва. Для вёсак Украіны[58]), на падставе спэцыяльнага абсьледваньня выведзена „наступная колькасьць захварэньняў паразытарнымі тыфусамі... за 1920—22 г.: чарэўным тыфусам хварэла 18% насельніцтва, зваротным тыфусам—18%“. Нельга не адзначыць, што асабліва апошнія лічбы вельмі блізкія да выведзенага намі ў (36,6% усіх абсьледваных) ліку дэклясаваных яўрэяў, якія перанесьлі паразытарныя тыфусы. *Экель*[62]) прыводзіць яшчэ большыя лічбы.

Мы тут ня будзем прыводзіць маючыхся даных аб сьмяротнасьці яўрэяў ад паразытарных тыфусаў і інфэкцый наогул (гл. ніжэй), паколькі нас перанесеныя захварэньні цікавяць толькі, як фактар, які ўдзельнічае ў вызначэньні *індывідуальных уласьцівасьцяй* абсьледваных. А што яны такім фактарам зьяўляюцца, можна даказаць хаця-б такой спасылкаю: „Ёсьць погляды, якія паказваюць, што працяглыя, але ня цяжка працякаючыя вострыя інфэкцыі (тыфус, шкарлятына) хутчэй узмацняюць рост, чым зьмяншаюць хуткасьць яго. Таксама тубэркулёз далёка не заўсёды дзейнічае прыгнечана на рост і разьвіцьцё дзіцяці. Пайзэр, Тыле знайшлі ў дзяцей з станоўчай рэакцыяй Піркэ, але без аб'ектыўных зьмен у органах, большую даўжыню цела і большую вагу ў параўнаньні з кантрольнымі, і толькі дзеці з наяўным тубэркулёзам лёгкіх выявілі адсталасьць росту“ *(Малчанаў*[59]*)*.

З гэтага пункту погляду (уплыў на індывідуальныя ўласьцівасьці) важны і параўнальна нізкі процант хварэўшых вэнхваробамі (сыфілісам у тым ліку); цікава, што гэты процант вельмі мала хістаецца сярод розных узросных груп. Поўную адсутнасьць хварэўшых вэнхваробамі ва ўзроснай групе 25—34 г. трэба нясумненна аднесьці за лік не характэрнай выпадковасьці.

Хварэлі вэнэрычнымі хваробамі.

	0—3	4—7	8—14	15—19	20—24	25—34	35—44	45—54	55—64	65—74	75 і б.	Разам
М.	—	—	—	—	1	—	3	5	3	—	—	—
Абс Ж. . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
а. п.	—	—	—	—	1	—	3	5	3	—	—	—
М.	—	—	—	—	5,3	—	3,3	4,2	2,8	—	—	—
% у адн. Ж. .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
агл. асоб а. п. .	—	—	—	—	1,5	—	1,2	1,9	1,5	—	—	—

Мы разглядзелі маючыя нясумненны ўплыў на стварэньне індывідуальных уласьцівасьцяй умовы, якія можна было прааналізаваць на падставе нашых матар'ялаў, але тут мы ня можам, вядома, высьветліць, у чым і як гэты ўплыў заключаецца і выражаецца. Залежнасьць уласьцівасьцяй арганізму ад разгледжаных намі фактараў трэба лічыць сацыяльна-гігіенічнай аксыомай, і прыцягнуць дасьледваньні для доказу гэтай залежнасьці, як такой, па нашай думцы, зусім надмерна; наадварот, вялікі сацыяльна-гігіенічны інтарэс выявіла-б колькаснае вызначэньне гэтай залежнасьці, таму што пакуль тая ці іншая сувязь паміж зьявішчамі ня мае колькаснага выразу, гэтая сувязь носіць па сутнасьці справы характар не навукова, а эмпэкрычна ўстаноўленага факту. У асаблівасьці гэта датычыцца іменна да сацыяльнай гігіены, якая павінна займацца вывучэньнем залежнасьці ад розных фактараў масавага здароўя, як фактара вытворчасьці. Вызначыць *меру* масавага здароўя, *меру* фактараў, якія ўплываюць на яго, *меру* вытворчасьці альбо *меру* ўзаемазалежнасьці паміж гэтымі зьявішчамі, не складае задачы данай работы, і мы, па гэтаму, прымаючы за аксыому гэту ўзаемазалежнасьць, павінны падрабязна азнаёміцца з тымі індывідуальнымі ўласьцівасьцямі, на падставе якіх, як мы ўжо паказалі ў пачатку гэтага разьдзелу, заўсёды робіцца заключэньне і аб *масавым* здароўі.

VI

З пункту погляду мэтодыкі дасьледваньня мы павінны адрозьніваць сярод індывідуальных уласьцівасьцяй апісальныя адзнакі (на падставе „эктаскопіі“ і апытаньня) і антрапамэтрычныя паказчыкі (у тым ліку і функцыянальныя). Розьніца сама сабой зразумела, але трэба сказаць, што падзяленьне гэта мае адноснае значэньне, так як для некаторых „апісальных“ адзнак, напрыклад, укормленасьці ўжо запрапанаваны спосабы вымярэньня (Oeder), а антрапамэтрычныя паказчыкі нярэдка клясыфіцыруюцца па апісальнаму прынцыпу, напр., клясыфікацыя ростаў па Тапінару.

Нашы даныя аб становішчы харчаваньня, аб хрыбце, аб грудной клетцы згрупаваны на матар'яле, які мае „апісальны“ характар. З гэтых апісальных адзнак мы і пачнем азнаямленьне з індывідуальнымі ўласьцівасьцямі абсьледваных.

Пры ўсёй крытычнай адносіне да вартасьці параўнаньняў для вывучэньня нашага матар'ялу, мы ня можам не правесьці некаторых роўналежнасьцяй паміж прывадзімымі намі лічбамі і іншымі. Вось, перш за ўсё, параўнаньне з данымі аб становішчы харчаваньня рабочых падлеткаў 15—19 гадоў, падпаўшых пад мэдычны агляд у 1925 г. (у Беларусі [60]):

Становішча і харчаваньне		Добрае			Здавальняюч.			Дрэннае		
		М.	Ж.	а. п.	М.	Ж.	а. п.	М.	Ж.	а. п.
Падлеткі дэкляс. яўр. г. Менску .	15–19 г.	7,9	6,9	7,3	34,9	64,7	54,2	57,2	28,4	38.5
Рабоч. падлеткі беларусы	15–19 г.	21,5	32,1	24,2	54	52,2	53,7	24,5	15,7	22,1

Лічбы гавораць самі за сябе. Для украінцаў сялян 23—26 г. *Чысьцякоў і Бару* [61]) на падставе вымярэньня ўкормленасьці прыводзяць такія

даныя: добрая ўкормленасьць ў 9,34%, сярэдняя—у 83,38% і дрэнная—у 7,28%. Нашы даныя для тэй-жа ўзроснай групы (прыводзім узваж. сярэдн.): добрае харчаваньне ў 13,4%, здавальняючае—у 53,4%, дрэннае—у 33,8%. Лічбы зноў самі за сябе кажуць. Намі прыведзены гэтыя параўнаньні не дзеля таго, каб паказаць, што становішча харчаваньня дэклясаванага яўрэйства г. Менску *горш*, чым тых, з якімі мы іх параўноўваем, а дзеля таго, каб больш рэзка падкрэсьліць *дрэннае* яго становішча, якое не патрабуе якіх-небудзь дадатковых доказаў (гл. табліцу № 11). У агульным становішча харчаваньня мужчын горшае, як жанчын, але па паасобных узросных групах гэтыя суадносіны ня сталыя. Для некаторых узросных груп напрашваецца тлумачэньне гэтае розьніцы ў характары разьвіцьця мужскога і жаночага арганізму. Напрыклад, ва ўзросьце 8—14 гадоў, як вядома, гэты пэрыяд, калі жаночы арганізм расьце адносна хутчэй мужскога, у гэты пэрыяд амаль заўсёды ідзе і палавое дасьпяваньне жанчыны; можа быць таму іменна мы і наглядаем меншы процант жанчым з добрым харчаваньнем і амаль аднолькавы з мужчынамі процант з дрэнным харчаваньнем. Ва ўзросьце 15—19 гадоў канчаецца дасьпяваньне мужчын, яны пераганяюць у росьце жанчын, і, можа быць, пагэтаму так рэзка перавышае ў гэтым узросьце процант мужчын з дрэнным харчаваньнем адпаведны процант у жанчын. Аналёгічныя меркаваньні магчыма было-б прыстасаваць і да пэрыяду дзетанараджэньня, але як-бы спрэчны ні былі гэтыя тлумачэньні нашых даных, трэба станоўча сказаць, што наглядаючыяся ў нашым матар'яле разьліччы ў становішчы харчаваньня мужчын і жанчын залежаць не ад разьліччаў у іх сацыяльна-эканамічным становішчы (гл. табліцу № 12).

У адносінах хрыбта ў агульным паўтараюцца тыя-ж палавыя суадносіны: процант мужчын з нармальным хрыбтом меншы за процант жанчын, але па ўзросных групах гэтыя суадносіны выяўляюць цікавую законамернасьць. Да 35—44 гадоў нармальны хрыбет сапраўды сустракаецца ў мужчын радзей, чым у жанчын (апроч узросту 4—7 г.) у 35—44 гады частата нармальнага хрыбта аднолькава ў абодвых палоў, а ў старэйшым узросьце ўжо процант жанчын з нармальным хрыбтом робіцца менш за існуючы процант мужчын. Не без падставы магчыма, пагэтаму, меркаваць, што да 45 гадоў на становішча хрыбта напэўна маюць уплыў пераважна сацыяльна-вытворчыя фактары (мужчына, агульна кажучы, працуе цяжэй), а пазьней, калі гэтыя фактары робяцца больш-менш аднолькавымі для абодвых палоў, пачынаюць сказвацца вынікі мацярынскай функцыі, альбо палавыя разьліччы. Цікава з гэтага пункту погляду прасачыць характар ненармальнасьцяй хрыбта і іх чыстату па паасобных узросных групах. Скаліёз, лордоз і кіфаскаліёз не выяўляе колькі-небудзь прыкметнай законамернасьці ў адносіне свайго распаўсюджаньня па паасобных узросных групах, хіба толькі, што скаліёз ня рэдка сустракаецца сярод мужчын ва ўзросьце 20—34 гады, значна часьцей, чым у іншыя ўзросты. Гэты факт, ва ўсякім выпадку, асацыіруе з тэй абставінай, што, як убачым далей, мінулае навучаньне ў сьвецкай школе значна больш распаўсюджана іменна сярод мужчын прыкладна гэтага ўзросту, чым сярод жанчын і чым сярод мужчын старэйшых узростаў; таму і ўзьнікае думка, ці няма залежнасьці паміж гэтымі двума зьявішчамі. Значна яскравей, аднак, сувязь паміж распаўсюджваньнем сутуласьці і ўзростам: чым старэйшая ўзросная група, тым большы процант як мужчын, так і жанчын, сярод якіх наглядаецца сутуласьць. У агульным тое-ж тычыцца і да кіфозаў, пры гэтым сутуласьць і кіфозы пасьля 45 гадоў больш распаўсюджаны паміж жанчын, чым сярод мужчын. Калі ўлі-

чыць магчымасьць пераходнага становішча паміж гэтымі двума зьменамі хрыбта, а таксама магчымасьць суб'ектыўнай недакладнасьці пры аднясеньні зьмен гэтага характару да той ці іншай катэгорыі, то прыведзены намі самы факт палавых розьніц у распаўсюджаньні адхіленьняў хрыбта ад нормы ў залежнасьці ад узросту атрымлівае канкрэтны зьмест: відаць, сутуласьць, па крайней меры, у адносіне дасьледуемай намі групы насельніцтва, зьяўляецца як-бы ўзроснай адзнакай, якая да таго-ж часьцей выяўляецца сярод жанчын.

У адносіне формы грудной клеткі сярод абсьледваных намі жанчын у агульным наглядаецца меншы процант адхіленьняў, чым сярод мужчын (гл. табліцу № 13). Якой-небудзь заканомернай залежнасьці той ці іншай формы адхіленьня грудной клеткі ад полу альбо ўзросту выявіць не ўдаецца, апроч бачкаватай формы грудной клеткі. Гэтая дэфармацыя зусім яскрава залежыць ад узросту: чым старэйшая ўзросная група, тым часьцей яна сустракаецца; сярод мужчын яна сустракаецца значна часьцей, чым сярод жанчын, але ў самых старэйшых узростах, відаць, розьніца гэта, згладжваецца.

Неабходна тут падкрэсьліць агульнае зьмяншэньне нармальных форм і хрыбта і грудной клеткі ў зьвязку з узростам, асабліва калі прыняць пад увагу, што форма грудной клеткі, як вядома, ляжыць у аснове большасьці канстытуцыянальных клясыфікацый і што ўтварэньне формы грудной клеткі залежыць і ад хрыбта. Зусім не датычачы тут пытаньня аб прыродзе і значэньні пры гэтым насьледных уплываў „сілы і кірунку", роста „вызначаючых задаткаў" і інш. фактараў, маючых згодна шматлікім тэорыям (якраз нярэдка імгліста-віталістычнымі, па сутнасьці) значэньне ў фарміраваньне арганізму, трэба прызнаць вялікае значэньне гэтага факту. Уплыў узросту само па сабе ёсьць нішто іншае, як уплыў знадворных умоў, бо ўзрост ёсьць свайго роду мера намнажаньня гэтага ўплыву: чым старэй чалавек, тым, само сабою зразумела, больш і тым мацней ён падлягаў уплыву знадворных умоў. У зьвязку з гэтым прадстаўляе інтарэс заўвага *Левіта* [63]): „адзначым у самым пачатку адну мэтадалёгічную памылку, якую робяць амаль усе аўтары ў сваіх разважаньнях аб сутнасьці і значэньні канстытуцыі: бяручы за выходны пункт той бясспрэчны факт, што два арганізмы, пастаўленыя ў аднолькавыя ўмовы вопыту, рэагіруюць розна, яны забываюць тут-жа дадаць, што *адзін і той самы арганізм* (курсыў аўтара) у зусім ідэнтычных умовах у *розны час* (курсыў наш—*С. Д.*) можна таксама адказваць featurerознай рэакцыяй пасьля аднэй і тэй-жа інвазыі".

Іншага роду ўплыў фактару часу—часу гістарычнага, а ня ўзроснага—мы можам прасачыць па індывідуальных уласьцівасьцях жаночага арганізму сярод абсьледваных намі. Як быццам устаноўлена, што яўрэйскія жанчыны дасягаюць палавой дасьпеласьці ў больш маладшым узросьце, чым жанчыны іншых нацыянальнасьцяй. *Герштэйн* [64]), напрыклад, прыходзіць да пэўнага вываду, што месячная функцыя ў работніц гор. Харкава паказвае на вызначаныя нацыянальныя разьліччы. „Палавая дасьпеласьць перш за ўсё наступае ў яўрэек, пазьней ўсяго ў украінак *). Ёсьць сувязь паміж разьліччамі ў месячнай функцыі з разьліччамі ў разьмерах цела". Гэты самы аўтар прыводзіць даныя, што ў 63,67% яўрэек месячныя пачынаюцца ў 14 гадоў і раней, а ў 78—89%—у 15 гадоў і раней.

---

1) *Увага.* Мы ўжо паказвалі на неабходнасьць крайне асьцярожнага карыстаньня параўнаньнямі даных аб яўрэях і інш. нацыянальнасьцях з прычыны розьніцы ў сацыяльным становішчы ня толькі цяпер, але і ў мінулым.

Па нашых даных ва ўзросьце 15 гадоў і маладзей пачаліся месячныя *каля 70 проц. усіх абсьледваных яўрэек*, але мы яшчэ разьмеркавалі матар'ял па ўзростах і выявілі некаторыя зьявішчы, як нам здаецца, якія заслугоўваюць увагі.

Узрост пачатку месячных.

		Абс.	%
Да 14 гадоў	—	81	22,8
У 14 "	—	89	25,0
" 15 "	—	78	21,9
" 16 "	—	51	14,3
" 17 "	—	37	10,4
" 18 "	—	13	3,7
Старэй	—	7	1,9
Усяго . . .		356	100%

	Узрост абсьл ед.	15-19	20—24	25—34	35-44	45—54	55-64	65-74	75 і ст.	Усяго
Да 15 гадоў	Абс.	54	18	44	52	42	32	5	1	248
	ў %	83,1	75,0	72,1	67,5	59,2	71.1	50,0	33,3	69,7
16 г. і старэй	Абс.	11	6	17	25	29	13	5	2	108
	у %	16,9	25,0	27,9	32,5	40,8	28,9	50,0	66,7	30,3
Разам	Абс.	65	24	61	77	71	45	10	3	356
	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Калі адкінуць некалькі жанчын старэйшых за 65 гадоў, якія ня могуць быць улічаны для вывадаў, то выходзіць, што жанчыны, якім зараз 55—64 г. па ўзросту, у якім яны пачалі свой месячны пэрыяд, амаль не адрозьніваюцца ад вызначанай сярэдняй (у 71,1% гэты ўзрост быў 15 г. і менш); але ў наступнай малодшай групе (45—54) наглядаецца рэзкае паніжэньне процанту жанчын, у якіх пачаліся месячныя ў 15 гадоў, і раней, гэта значыць пачатак месячных у гэтай узроснай групы падыходзіў у параўнальна больш старэйшым узросьце; потым становішча паступова выроўніваецца, узрост пачатку месячных ад аднэй узроснай групы да другой усё больш паніжаецца, і ў абсьледваных сучасных дзяўчын (15—19 г.) у 83,1% пачаліся месячныя ў 15 г. і менш. Такія факты на падставе нашых даных, у якія, напэўна, могуць і павінны быць унесены папраўчыя каэфіцыенты на дакладнасьць, але якія ўсё-ж адбіваюць нясумненную сапраўднасьць. Гэта сапраўднасьць заклю-

чаецца ў тым, што ў свой час былі нейкія прычыны, якія, відавочна, і выклікалі спазьненьне пачатку месячнага пэрыяду ў жанчын, якім зараз 45—54 г.; гэтыя прычыны, значыць, павінны былі ўплываць прыкладна 30—40 гадоў назад, гэта значыць у 1887—1897 г.г. Калі гэта так, то мімаволі напрашваецца вывад, што гэтыя прычыны гістарычнага, сацыяльна-эканамічнага і палітычнага характару. На самай справе „пры Аляксандры III выдаюцца“ „часовыя правілы“—3 га мая *1882-га году*. Яўрэям забараняецца пасяляцца ў вёсках „чарты аселасьці“, набываць зямлю, арандаваць фэрмы альбо загадваць маёнткамі. У яго-ж царстваваньні, *у 1881 годзе*, адбываецца цэлая паласа яўрэйскіх пагромаў і *ў 1891 годзе* выгнаньне яўрэяў з Масквы“ (*Н. А. Бухбіндер*[65]). „Новае гарадовае становішча ад 11-га чэрвеня *1892 году* зусім адхіліла яўрэяў ад удзелу ў гарадзкім самакіраваньні. Таксама яўрэі не дапушчаюцца ні да выбараў, ні да службы ў земскіх установах... Распараджэньнем Міністэрства Народнае Асьветы за 10-га чэрвеня *1887 году* абмежавалі лік вучняў з дзяцей яўрэяў“ і г. д. і д. п. (*Кіржніц*[66]). Мы прынялі гэтыя даты з усім вядомага, а шмат каму і памятнага пэрыяду чарнейшай рэакцыі царскае самаўлады, таму што ў іх трэба шукаць тлумачэньня спазьненьня пачатку месячнага пэрыяду. Установлена, што ў гады грамадзянскай вайны і голаду мяняліся месячныя функцыі. І цыціраваны ўжо намі аўтар *Гэрштэйн*[64]) прыводзіць такія даныя. Да 1917 г. ўзростам пачатку месячнага пэрыяду ў 88,77% было 18 год і маладзей, а ў 1917—23 г. ў гэтым-жа ўзросьце пачаліся месячныя ўсяго 69,38% (лічбы вельмі блізкія да нашых).

Трэба думаць, што фактычнае разбурэньне эканамічнага дабрабыту яўрэяў, палітычнае прыгнечаньне іх і фізычны гвалт над імі разам з агульным цяжкім становішчам усяе краіны (голад) у 90-х г.г. мінулага стагодзьдзя выклікалі зьмены ў біалёгічных уласьцівасьцях, якія паступова выроўніваліся, трэба думаць, у выніку прыстасаваньня да новых умоў.

Уплыў часу мы прасачваем таксама па даных аб мацярынстве—аб ліку народжаных дзяцей.

Мацярынства.

Узрост абсьлед.	20—24		25—34		35—44		45—54		55—64		65—74		75 і ст.		Усяго	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1 дзіця	9	56,25	16	14,7	18	10,9	6	4,4	4	4,8	3	10,0	—	—	56	10,3
1— 3	4	25,0	53	48,6	47	28,3	12	8,8	8	9,6	1	3,3	—	—	125	23,0
3— 5	—	—	32	29.3	57	34,3	35	25,5	13	15,8	2	6,7	--	—	139	25,6
5— 8	—	—	3	2,8	29	17,5	41	29,8	29	34,9	12	40,0	2	66,7	116	21,3
8—11	—	—	—	—	8	4,8	24	17,6	15	18,1	7	23,3	1	33,3	55	10,1
11 і б.	—	—	—	—	1	0,6	3	2,2	4	4,8	2	6,7	—	—	10	1,8
Разам абсьледав.	16	100	109	100	166	100	137	100	83	100	30	100	3	100	544	100
Самаўтвар. выкідышы	1	6,2	36	33.0	58	34,9	53	38,7	32	38,6	12	40,0	2	66.7	194	35.6

Зразумела, што для гэтага пытаньня могуць быць выкарыстаны даныя толькі аб тых узросных групах, якія скончылі свой адноўчы пэрыяд, гэта зн. аб жанчынах ва ўзросьце 45 г. і старэй. Мы бачым, што сярэдні лік народжаных дзяцей тым большы, чым старэй жанчына, што лік шматдзетных жанчын, такім чынам, паступова зьмяншаецца. Наўрад, ці можна ў гэтым угледжваць біалёгічныя праявы, незалежныя ад уплыву сацыяльна-эканамічных умоў. Зварочвае на сябе ўвагу досыць высокі процант жанчын (35%—40%), меўшых неданосак. Што датычыцца пачатку палавога жыцьця, то мы маем такія даныя.

Пачатак палавога жыцьця.

	М.		Ж.		а. п.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Да 18 гадоў . . .	37	8,0	35	6,5	72	7,2
18 г.—24 г. . . .	290	62,8	393	73,0	683	68,3
25 г. і ст. . . .	135	29,2	110	20,5	245	24,5
Разам . .	452	100	538	100	1000	100

Калі ўспомніць, што ўзростам, у якім дасьледваныя намі, галоўным чынам, уступаюць у шлюб, зьяўляецца ўзрост у 25—34 г., то гэтыя даныя аб пачатку палавога жыцьця, галоўным чынам, ва ўзросьце 18—24 год павінны сьведчыць аб досыць распаўсюджаным сярод абсьледваных намі дашлюбным палавым жыцьці.

Яшчэ некаторыя зьвесткі аб паўторных палавых адзнаках у дасьледваных: паўторныя палавыя адзнакі слаба выяўлены ў 6 мужчын з 505 ва ўзросьце 15 г. і старэй і ў 5 жанчын з 628 ва ўзросьце 15 год і старэй.

У процантах гэта складае: 1,2% м., 0,8% ж., 0,97% а. п.

Нарэшце, прыводзім даныя аб колеры скуры і колеры валасоў абсьледваных.

Колер скуры.

	М.		Ж.		а. п.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Сьветлая . . .	493	67,3	541	62,1	1034	64,5
Сярэдняя . . .	102	13,9	104	11,9	206	12,8
Смуглая . . .	138	18,8	226	26,0	364	22,7
Разам . .	733	100	871	100	1604	100

Колер валасоў.

	М.		Ж.		а. п.	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Сьветла-русы . .	28	3,3	44	4,2	72	3,8
Русы . . .	69	8,0	96	9,2	165	8,7
Цёмна-русы . . .	101	11,8	133	12,7	234	12,3
Сьветлы шатэн . .	60	7,0	130	12,4	190	9,9
Шатэн . . .	325	37,9	310	29,6	635	33,4
Цёмны шатэн . .	58	6,7	91	8,7	149	7,8
Чорны	217	25,3	244	23,2	461	24,1
Разам . .	858	100	1048	100	1906	100

Прадстаўляюць інтарэс і некаторыя параўнаньні.

Колер валасоў		Дэклясав. яўрэі г. Менску	Польскія яўрэі (69)	Рагачоўскія яўрэі (68)	Прызыўнікі беларус. (70)
		У процантах			
Сьветлы	М. . . .	11,3	3,19[1])	14,74	19,7
	Ж. . . .	13,4	13,6[2])	7	—
Сярэдні	М. . . .	56,7	—	—	59,4[3])
	Ж. . . .	54,7	—	—	—
	М. . . .	32	96,81	85,26	20,9
	Ж. . . .	31,9	86,4	93	—

Калі аб'яднаць у адну групу сярэдня і цёмна-валосых, то атрымліваюцца даныя даволі блізкія да даных аб польскіх і рагачоўскіх яўрэях. Пры параўнаньні з данымі аб беларускіх, выходзіць, што сярэднія групы мала адрозьніваюцца адна ад другой. Але сярод абсьледваных намі больш цёмна-валосых, а сярод беларусаў больш сьветла-валосых. Здавалася, што гэтыя даныя маюць больш антрапалёгічны інтарэс, чым характар індывідуальных уласьцівасьцяй важных з пункту погляду сацыяльнай гігіены. Мы, аднак, сустракаемся ў літаратуры з думкаю, быццам абедзьве гэтыя адзнакі зьяўляюцца канстытуцыянальнымі і маюць нейкае значэньне ў паталёгіі. Так, праф. *Штэрнбэрг* 67) піша: „Усякаму вядома, у якой цеснай залежнасьці стаіць скура, *яе колер* (курсыў наш – *С. Д.*), ступень мяккасьці, пігментацыя і інш. з органамі ўнутранай сэкрэцыі (шчытаватая залоза, наднырнік)... Пака-

1) З іх—2,66% рыжых.
2) З іх—5,6% рыжых.
3) З іх—3,6% рыжых.

жам на распаўсюджанае сярод французскіх дактароў назіраньне, што *рыжавалосасьць* (курсыў наш—*С. Д.*) і веснаватасьць зьяўляюцца адзнакай схільнасьці да тубэркулёзу“...

VII

Раней, чым прыступіць да вызначэньня значэньня атрыманых антрапамэтрычных паказчыкаў для ацэнкі масавага здароўя дэклясаванага яўрэйства, мы павінны разабрацца ў асноўных фактычных вывадах, якія гэтыя паказчыкі дазваляюць рабіць. Пры гэтым неабходна мець на ўвазе, што працэс нарастаньня паказчыкаў па гадох (гл. табліцы № 14—21), напэўна, у нашым матар'яле некалькі скажоны, таму, што мы ня мелі магчымасьці дакладнага (дакумэнтальнага) вызначэньня ўзросту абсьледваных; тым ня менш, трэба меркаваць, што агульны характар гэтага нарастаньня цалкам захаваўся. Мы, таму, і пачнем з азнаямленьня з ім.

Прывядзем вядомыя нам па літаратуры пэрыяду росту, устаноўленыя на падставе шматтысячных назіраньняў.

Пэрыяды росту *(па Марціну* [71]).

	М.	Ж.
I. Хуткі рост	да 5—6 гадоў	да 5—6 гадоў
II. Павольны рост	„ 10—12 „	„ 10 „
III. Паскораны „	„ 16—18 „	„ 14—15 „
IV. Затрыманы рост. . .	„ 25 „	„ 18—20 „

(Па Штратцу) (Па Вайсэнбэргу).

	(Па Штратцу)		(Па Вайсэнбэргу)
1 пэрыяд	першай паўнаты	1—4 гады	першай паўнаты 1—3 г.
2 „	першага выцягван.	5—7 „	першага выцягваньня 4—6 г.
3 „	другой паўнаты	8—10 „	затрыман. росту 7—11 (м) і 7—9 (ж).
4 „	другога выцягв.	11—15 „	другога выцягв. 12—17 (м) 10—14 (ж).
5 „	трэцяй паўнаты	15—20 „	вельмі затрым. рост 18—24 (м) 15—18 (ж)

Калі прааналізаваць нашы даныя, то і яны ў агульным выяўляюць такую-ж пэрыядычнасьць і, такім чынам, можна лічыць устаноўленым, што працэс фізычнага разьвіцьця дэклясаванага яўрэйства нічым не адрозьніваецца па свайму характару ад працэсу фізычнага разьвіцьця ўсякай іншай групы насельніцтва.

Калі мы зьвернемся да самых паказчыкаў, то выяўляем, па-першае, вельмі нязначную дабаўку ў вазе для хлопчыкаў ва ўзросьце 6—7 гадоў і для дзяўчынак—ва ўзросьце 3—4 гады; па-другое, рост параўнальна мала зьмяняецца ў мужской частцы ва ўзросьце 11—12 гадоў; па-трэцяе, рост 19-гадовых мужчын і 20-гадовых жанчын прыкметна правышае сярэдні рост кожнага полу. Можна было-б выдаваць розныя меркаваньні для вытлумачэньня гэтых назіраньняў, зьвязваючы іх з пагоршаньнем ва ўмовах жыцьця, якія мелі месца якраз у моманты сканчэньня альбо пачатку таго або іншага пэрыяду росту. Мы тут тлумачэньняў прыводзіць ня будзем, паколькі няма ўпэўненасьці, як мы ўжо казалі, у дакладнасьці вызначэньня ўзростаў, што мае месца і пры ўсіх іншых аналёгічных дасьледваньнях.

Пры параўнаньнях антропамэтрычных паказчыкаў дэклясаваных яўрэяў г. Менску з іншымі паказчыкамі, што прыводзяцца намі ў сводцы (гл. табліцы № 22—25), выходзіць, што гэтыя паказчыкі хістаюцца ня

толькі ў розных краінах альбо ў розных частках аднэй і тэй самай краіны *), але вельмі блізкія і па тэрыторыі і па часу групы яўрэяў даюць розныя паказчыкі, і, наадварот, не падобныя ні па месцы свайго жыхарства, ні па часе даюць вельмі блізкія паказчыкі (пар. нашы даныя з данымі аб баварскіх яўрэях і бабруйскіх яўрэях мінулага стагодзьдзя, альбо адэскіх і украінскіх падлеткаў). Высьвятляецца толькі дакладна, што антрапамэтрычныя паказчыкі яўрэяў заўсёды і ўсюды менш за адпаведныя паказчыкі вакольнага насельніцтва і што абсьледваная намі група мае рост ніжэй сярэдняга**).

Нарэшце, трэба адзначыць, што прыкладна ў 50-гадовым узросьце пачынаецца зьмяншэньне вагі ў мужчын і жанчын (у апошніх—радзей) і зьмяншэньне росту ў мужчын. Рост жанчын і акружыня грудзі ў абодвых палоў не выяўляюць колькі небудзь прыкметнага зьмяншэньня ў больш старым узросьце; акружыня грудзі мужчын быццам нават паказвае павялічэньне, што можна было-б зьвязаць з старчаскім эмфізэматазам лёгкіх.

Такія—асноўныя фактычныя вывады, прывядзеньнем якіх мы і заканчваем аналіз індывідуальных уласьцівасьцяй дэклясаваных яўрэяў гор. Менску. Прад намі паўстае пытаньне, ці даюць усе прыведзеныя намі даныя таксама ацэнку і *масавага* здароўя абсьледванай групы насельніцтва? Як гэта ня дзіўна, трэба проста сказаць, што ў сацыяльнай гігіене не распрацована і, у сутнасьці, не даказана значэньне для *сацыяльнага* здароўя індывідуальных уласьцівасьцяй асобных арганізмаў, складваючых вывучаемы калектыў. Між тым, зусім зразумела, што адзнака індывідуальнага здароўя не заўсёды можа служыць вымернікам для масавага здароўя, і наадварот. Досыць паказаць на сьмяротнасьць, якая служыць адным з вымернікаў *сацыяльнага здароўя*, у той час, як індывідуальная сьмерць ёсьць *канец* ня толькі індывідуальнага здароўя, але самога жыцьця індывідууму. Гэта датычыцца, напрыклад, да болю, які зьяўляецца рэальным паказчыкам

*) *Увага*. Гэты факт, уласна, вядомы вельмі даўно. Так Бэрман [87]) яшчэ ў 1861 годзе пісаў: „Валасы, вочы, нос і ўсе рысы твару яўрэяў так падрабязна адзначаны ўжо рознымі аўтарамі, што паўтарэньне гэтага можна лічыць зусім лішнім. Адносна складу цела і фізычных сіл сваіх яўрэі адрозьніваюцца па кліматах і мясцох, дзе жывуць. Так, яўрэі маларасійскія нагароджаны моцным складам, невялікім ростам і падобны наогул да маларосаў: у Наварасійскім краі—і ў Бэсарабіі, дзе яны шматлікі, яўрэі таксама адрозьніваюцца—моцным целам, але ростам правышаюць маларасійцаў. Да апошніх—падобны яўрэі Украіны (Кіеў, Падольле), але адрозьніваюцца большай спрытнасьцю і праворствам, яўрэі Валынскія і царства Польскага, адрозьніваюцца наогул прыгожай красой і спрытнасьцю. У Літве і Беларусі яны, наадварот, складу слабага і ўступаюць іншым у спрытнасьці, але не ў разумовых здольнасьцях".

**) *Увага*. Клясыфікацыя росту па Марціну [71]).

	М.	Ж.
Сярэдні рост	165 см.	154 см.
Карлікавы рост . . .	150—159.9	140—148,9
Ніжэй сярэдняга росту .	160—163.9	150—152,9
Сярэдні рост	164—166.9	153—155,9
Вышэй сярэдняга росту .	167—169,9	156—158,9
Высокі рост	170—179,9	159—167,9
Вельмі высокі рост . .	180—199,9	168—186,9
Вялікі рост	200 і вышэй	187 і вышэй

індывідуальнага здароўя, але якім было-б недарэчна вымяраць становішча *масавага здароўя.* Карацей гаворачы, як мы ўжо паказвалі, паміж індывідуальным і масавым здароўем ёсьць ня толькі колькасная, але і якасная розьніца,—колькасьць пераходзіць у якасьць.

Калі мы прабуем вызначыць значэньне тэй ці іншай індывідуальнай уласьціvасьці для сацыяльнага здароўя, нам неабходна перш за ўсё высьветліць паходжаньне гэтай уласьцівасьці і яе значэньне для самога індывідууму. У адносіне такіх індывідуальных уласьцівасьцяй, як становішча харчаваньня, форма грудной клеткі і інш., мы ўжо ўспаміналі, што залежнасьць іх ад сацыяльна-эканамічных умоў зьяўляецца сацыяльна-гігіенічнай аксыомай, але такая-ж залежнасьць зараз устаноўлена і ў адносіне антрапамэтрычных адзнак і прызнана і ў сучаснай антрапалёгіі. *Элькінд* [68]) у палажэньнях да сваёй дысэртацыі пісаў: „антрапалёгія, у шэрагу сваіх задач, адводзіць шмат месца дасьледваньню пытаньня аб *залежнасьці* саматычных умоў чалавека ад узросту, полу, расы, *умовы заняткаў* і інш. фактараў...“ *Марцін* [71]) падрабязьней кажа аб гэтай залежнасьці: „індывідуальныя разьмеры цела абумоўлены, ва ўсякім выпадку, не *аднымі насьледнымі тэндэнцыямі,* але *залежаць значна і ад хваравітых працэсаў, і, у вядомай меры, і ад надворных альбо ўнутраных умоў.* Роўным чынам і сэлекцыя можа павышаць альбо зьніжаць сярэднія разьмеры групы насельніцтва. Аднак, усе гэтыя фактары маюць уплыў на ўсе расы аднолькава і могуць, як мы гэта зараз разумеем, мадыфіцыраваць унасьледваныя разьмеры толькі ў пэўных межах... *Надта відочны ўплыў агульных і гігіенічных умоў існаваньня як на індывідуум, гэтак і на ўсю расу. Палепшаньне ўмоў жыцьця, харчаваньня, сацыяльнага становішча выклікаюць павялічэньне разьмераў цела...*“

„Вызначэньне антрапалёгіі, як „навукі аб насьледных разьліччах чалавека“, таму няправільнае, што мы ў фэнатыпе маем адзінае, што аб'ектыўна можна назіраць і вымяраць. Экспэрымэнтальна даказана, што адзін і тэй самы насьледны фактар пад уплывам знадворных умоў выклікае розныя адзнакі фэнаціпа, і што адна і тая самая адзнака фэнаціпа можа ўтварыцца пры ўзаемадзеяньні зусім розных генаў і знадворных фактараў. Генатып—няхай гэта само па сабе і рэальнасьць—усё-ж застаецца абстракцыяй, якая адцягвае ад простага назіраньня. Мы павінны сьцерагчыся ад захапленьня чыстай тэорыяй: гэта не вядзе да пазнаньня прыроды, але адцягвае ад яго. Апроч таго, у фэнаціпе захоўваецца яшчэ рэштка ўплыву паратыпічных варыяцый, якія могуць трываць у шэрагу пакаленьняў... Хто можа сказаць, якія адзнакі генотыпічнага пахаджэньня? Першыя экзогенныя ўплывы пачынаюцца з пераходам эндэкрычных дражлівых матэрый ад мацеры да дзіцяці. Пасьля перанясеньня розных захварэньняў, асабліва ў дзяцінстве—а хто ад гэтага пазбаўлены?—выяўляюцца фізычныя і псыхічныя вынікі, якія складаюць асноўныя элемэнты фэнатыпу без паказаньня на іх прычыну. Насьледна-біалёгічныя тлумачэньні пры гэтым павінны застацца бяз посьпеху...“

„Для пахаджэньня і разьвіцьця чалавечных рас маюць значэньне побач з насьледнасьцю і працэсы адбору становучай і адмоўнай уласьцівасьці“. „Ідыёплазмы і сэлекцыя—вось два кіруючых фактары ў складаньні арганізмаў“ *(Ленц).* Але „паасобныя адзнакі маюць рознае значэньне для адбору, да і цячэньне гэтае мяняецца ў залежнасьці ад месца і часу і *адзнакі, якія складаюць прадмет вывучэньня антрапалёга маюць рознае значэньне для індывідууму і расы.* Трэба адрозьніваць насьледную сутнасьць ад пераходзячых адзнак“.

Такім чынам, уплыў сацыяльных фактараў на пахаджэньне і разьвіцьцё антрапамэтрычных адзнак ня можа падлягаць ніякаму сумненьню і з пункту погляду антрапалёгіі, але антрапалёгія, прызнаючы неаднолькавае значэньне для індывідууму і расы асобных такіх адзнак, не высьвятляе самога гэтага значэньня і яго сутнасьці: гэта прабуе зрабіць сучасныя „канстытуцыяналёгія“ *(Багамолец* [77]*)*. Аднак, мы ўжо мімаходам успаміналі, што далёка яшчэ няма дагаворанасьці, нават у разуменьні канстытуцыі, і напрыклад, *Матэс* [54]), які прызнаў вядомы практычны сэнс у канстытуцыйнай гіпотэзы, піша ў адным месцы „паняцьце канстытуцыі,—фальсыфікацыя“, а ў другім проста кажа, што „зусім магчыма, што разуменьне канстытуцыі, як усякая фікцыя, будзе калі-небудзь непатрэбным“. У нашы задачы, вядома, ня можа ўваходзіць нават схэматычнае апісаньне існуючых супрэчнасьцяй паміж аўтарамі аб зьмесьце „канстытуцыі“, але з ціхавячага нас пункту погляду важна падкрэсьліць, што—сярод канстуцыяналістаў далёка недакладна і далёка няпоўна высьветлена роля канстытуцыі ў стане арганізму. „У мэдыцыне падыходзілі раней да праблемы канстытуцыі бяз усякай сапраўднай навуковай падставы... Выключна на падставе пачуцьця адны зьявішчы кваліфікавалі як важныя і стотныя, іншыя—як няважныя і няістотныя. На першым месцы стаяла пытаньне аб тым ці карысна альбо шкодна (дэгенэратыўна) даная зьмена, тады як уласна праблема—карысная, шкодна—зьяўляецца выразам чыста антрапацэнтрычнага спосабу мышленьня і ў цяперашні час у прыродазнаўстве такая пастаноўка пытаньня адхілена. Прырода, як вядома, знаходзіцца па той бок дабра і ліха. Праблема—часта альбо рэдка таксама мае выдатную ролю і яшчэ ў цяперашні час захоўвае сваё значэньне ў паказаньнях многіх паталёгаў. Так, напрыклад, Юліус Бауэр разглядае рэдкае, як адхілўшаеся, няправільнае і тым самым дэгенэратыўнае. Куды-б гэта нас завяло, каліб-б заалёгі альбо батанікі пачалі разглядаць рэдкія рознастайнасьці віду жывёл альбо расьлін, як нешта ненармальнае дэгенэратыўнае?..“

„У чалавечнай паталёгіі простападна разьмешчанае сэрца (капельнае сэрца), да сусьветнай вайны лічылі нясумненнай адзнакай дрэннай дэгенэратыўнай канстытуцыі. Але вопыт паказаў, што шмат насіцеляў такое канстытуцыі цалкам спраўляліся з цяжкімі шматгадовымі іспытамі, а пазьней было ўстаноўлена, што сярод вельмі трэніраваных спартсмэнаў шматлікія маюць капельнае сэрца“ *(Негеллі* [78]*)*. Ня нам судзіць аб ступені праваты цыціраванага аўтара, але нясумненна, што канкрэтная роля канстытуцыі ў паталёгіі ўсе яшчэ ня вызначана, а таму ня вызначана і роля, гэтак званых *антрапалёгічных канстытуцыянальных тыпаў**) *С. Левіт* [63]*)* нават думае, што „вучэньне гэтае ў сэнсе практычным—у справе вывучэньня рэакцыйнай здольнасьці чалавека—унесла ў паталёгію параўнальна мала“. І праф. *Багамолец* [77]*)* кажа: „мы ня думаем, аднак, каб шляхам антрапалёгічных дасьледваньняў можна было дасягнуць рашэньня асноўных праблем канстытуцыяналёгіі“. Праф. *Крантоўскі* [79]), які распрацаваў схэму антрапалёгічнай дыягностыкі канстытуцыі, сам піша: „Канстытуцыі індывідууму характарызуюцца ня толькі марфалёгічнымі адзнакамі, але характарам і тэмпам наогул жыцьцёвых працэсаў, тыпам абмену матэрый..., арыгінальнасьцю эндакрыннай (паліглaндулярнай) формулы, уласьцівасьць аўтаномнай (вэгетацыйнай) і цэрабральнай нэрвовай сыстэмы і г. д. і г. д.“ „...Праўдзівасьць патрабуе сказаць, што аднэй і тэй

*) *Увага.* „Выяўленьне канстытуцыячальнага моманту павінна пачынацца з вызначэньня карфалёгічных уласьцівасьцяй індывіда“ *(Маслаў* [82]*)*.

самай анамаліі канстытуцыі можа быць уласьцівы розны habitus, што часам адзін habitus можа зьмяніцца другім, таму выключна марфалёгічным зьменам нельга прыдаваць станоўчага значэньня і па іх рабіць станоўчыя вывады. У гэтым сэнсе больш сталая, чым habitus, функцыянальны бок канстытуцыянальна анамалійнага суб'екту, яго рэакцыйная здольнасьць" (*Маслаў* [82]).

Такім чынам, мы ўпэўніліся, што значэньне канстытуцыі для стану індывідуальнага здароўя зусім няясна і што аднымі антрапамэтрычнымі паказчыкамі ніяк нельга вызначыць канстытуцыі. Інакш кажучы, гэта значыць, што тыя альбо іншыя антрапамэтрычныя паказчыкі індывідууму нічога ня кажуць аб стане яго *здароўя*. Таму незразумела, як можна казаць, што ў горад „адбіраецца *канстытуцыйна горшае*", што тып гарадзкога насельніцтва мае „рысы далёка *ня лепшых*, па крайняй меры, у фізычнай адносіне", што „капіталістычная культура адбірае ў кіруючыя колы ня *лепшыя* тыпы, а тыпы, хоць і арыгінальныя (?), але больш *слабыя* у фізычнай адносіне" (*Юдзін* [80]). Такая тэорыя напамінае палітычную антрапамэтрыю Вольтмана (гл. вышэй), не адпавядае сучасным навуковым поглядам і супярэчыць факту урбанізацыі і індустрыялізацыі сельскіх мясцовасьцяй. Між іншым, Майнсгаўзэн, на якога спасылаецца *Юдзін* [80]), прыходзіць да такіх вывадаў (па *Куркіну* [81]): „У прамысловых гарадох меў месца больш значны, чым у сельскіх прыбытак росту; у земляробчых ён быў малы; гэта тлумачыцца тым, што ў першых прырост насельніцтва заставаўся на месцы, апошнім-жа *больш моцныя працаўнікі* ўхадзілі ў горад. Перавага ў вялікіх гарадох высокіх вузкагрудых людзей малай вагі абумоўліваецца павялічэньнем проценту прафэсыйных працаўнікоў, што працуюць у зачыненых памяшканьнях; гэта—у зьвязку з тым, што моладзь вялікіх гарадоў алдае перавагу заняткам, якія ня зьвязаны са значным фізычным абцяжэньнем цела і выконваюцца ў зачыненых памяшканьнях, між тым, як нараджэнец сяленьняў аддае перавагу працы на адчыненым паветры і не баіцца цяжкае працы".

Калі антрапамэтрычныя і іншыя марфалёгічныя ўласьцівасьці індывідууму не зьяўляюцца станоўчымі для стану яго здароўя, то можа быць яны маюць важнае значэньне адзнакі масавага здароўя? Хаця даволі цяжка ўявіць сабе такое становішча, аднак, як вядома, антрапамэтрыя лічыцца адным з мэтадаў сацыяльна-гігіенічнага дасьледваньня. Прывядзем маючыяся паказаньні. *Бунак* [83]) піша: „што датычыцца значэньня фізычнага разьвіцьця ў характарыстыцы індывідууму для ацэнкі яго санітарных якасьцяй, то яно.. прадстаўляецца менш дакладным, чым у групавых характарыстыках". У адносіне групавой характарыстыкі, г. зв. санітарнай канстытуцыі той самы аўтар піша: „Трэба прызнаць, што вычарпальна поўнага разуменьня санітарнай канстытуцыі мы яшчэ ня маем. Пры сучасным становішчы нашых ведаў застаецца неўстаноўленым, якая сувязь паміж узроўнем фізычнага разьвіцьця і ўзморанасьці, „иммунностью" супроць розных захварэньняў і г. д. Суб'екты, аднолькавыя па фізычнаму разьвіцьцю, але якія адрозьніваюцца па тэмпэраментна-фізіялёгічнаму тыпу „иммунности", зусім магчыма будуць неаднолькавыя па працоўнаму эфэкту, па захварэньнях, па даўгаце жыцьця... Тым ня менш... *апрыорно* (?) ясна і ўстаноўлена эмпірычнымі работамі *Дзяменцьева* і шмат іншых, што з некалькіх аднародных груп, тая, якая ўладае больш *сільным* фізычным разьвіцьцём, дае нарэшце вялікі працоўны эфэкт, меншую падлегласьць хваробам... Наогул можна прызнаць, што большая вытворчасьць працы нарэшце будзе адпавядаць большаму фізычнаму разьвіцьцю"... Якім чынам можна прымірыць абедзьве часткі прыве-

дзенай вытрымкі, якім чынам апрыорныя разважаньні могуць служыць навуковым доказам, якім чынам разумець „сільнае“ фізычнае разьвіцьцё—усё гэта недаўменныя пытаньні, якія ўзьнікаюць, калі чытаць аўгарытэтнага прыхільніка антрапамэтрычных вымернікаў, як паказчыка масавага здароўя*).

Гэтае пытаньне тым больш грунтоўнае, што мы ведаем групы насельніцтва, якія рэзка адрозьніваюцца па свайму сацыяльнаму здароўю, і характарызуюцца пры гэтым зусім блізкімі антрапамэтрычнымі паказчыкамі і наадварот. Варта толькі паглядзець на табліцу параўнальнага ўзросту і вагі некаторых народнасьцяй, якую мы склалі па *Марціну* [71]), каб у гэтым упэўніцца.

Сярэдні рост некаторых народаў.

	М.	Ж.
Ляпляндцы	152,3	145,0
Асьцякі	156,3	144,1
Вагулы	159,1	—
Японцы	158,5	145,0
Русіны	159,5	—
Японцы	159,3	147,2
Ляпляндцы	160,9	149,6
Польскія яўрэі	161,0	150,6
Гішпанцы	162,0	—
Эскімосы	162,3	151,8
Румыны з Вэнгрыі	163,5	—
Калмыкі	163,4	149,8
Італьянцы	164	—
Башкіры	164,1	—
Французы	164,1	157,0
Вялікаросы	164,4	152,8
Куары	164,6	—
Палякі	164,5	—
Румыны	165,0	—
Расійцы	165,0	—
Паўдн.-рас. яўрэі	165,1	153,6
Беларусы	165,2	154,4
Грузіны	165,4	—
Бэльгійцы	165,5	—
Эскімосы з Аляскі	165,8	—
Балгары	166,5	155,7
Румыны з Букавіны	167,1	—
Галяндцы	167,5	—
Фіны	167,9	155,2
Данскія казакі	168,8	—
Датчаны	169,1	159,2
Немцы	169,2	158,0
Сэрбы	169,9	—
Курды	170,0	—
Украінцы	170,1	—
Фіны	170,3	—
Іракезы	172,7	158,5
Ангельцы	162,8	159,9
	179,3	—
Ліфляндцы	174,1	161,2
Малайцы	175,5	—

Сярэдняя вага некаторых народаў.

	М.	Ж.
Польскія яўрэі	55,0	50,0
Румыны	58,4	—
Паўдн.-рас. яўрэі	61,3	63,5
Немцы	64,5	53,5
Французы	64,9	—
Нарвэжцы	66,4	61,1
Фіны	69,9	60,0
Японцы	52,7—56,2	48,8
Паўноч. кітайцы	64,4	—
Мулаты	65,8	—
Іракезы	73,8	—

Палякі і курды, сэрбы і немцы, ангельцы і іракезы, японцы і русіны і г. д. і г. д. усе гэтыя параўнаньні здаецца асабліва яскрава пацьвярджаюць нашу думку. Мы маем яшчэ адно цікавае пасьведчаньне. У сацыяльна-гігіенічным дасьледваньні „Калмыкі“ [85]) у пачатку чацьвертага разьдзелу „Фізычны стан астраханскіх калмыкаў“ мы чытаем: „якасьць данай біалёгічнай групы характарызуецца, з аднаго боку, колькасьцю, так зван., фізычных недахопаў—калецтвам, лікам

---

*) *Увага.* Зразумела, што не падлягае ніякаму сумненьню іншая задача антрапамэтрыі ў сацыяльнай гігіене, якую можна фармуляваць як колькасны вучот: 1) ходу ўзростнага разьвіцьця (пэдалёгічная антрапамэтрыя); 2) прыёмаў фізычнага выхаваньня(фізкультурная антрапамэтрыя) і г. д. *(Бунак* [84]*)*. Мы тут кажам аб антрапамэтрычных паказчыках выключна, *якаб меры масавага здароўя.*

сьляпых, глуханямых, душэўна-хворых і іншых няпоўнацэнных альбо цяжкіх для калектыву элемэнтаў; з другога боку—сярэднімі антрапамэтрычнымі данымі... „калі сярэдні ўзрост і акружыня грудзі дарослых прадстаўнікоў данае групы насельніцтва робіцца большым, то можна з упэўненасьцю дапусьціць і павялічэньне моцнасьці, палепшаньне стану здароўя данай групы“—піша *Лексіс*.

Вось такая тэарэтычная прадпасылка. А вось факты з тэй-жа манаграфіі. „Параўноўваючы нашы даныя з данымі *Эрысмана* (падмаскоўныя рабочыя) пэрыяду 80-х гадоў мінулага стагодзьдзя, якія ня могуць прэтэндаваць на высокую санітарную рэпутацыю, мы бачым, што і грудны і вагавы паказчык абсьледваных калмыкаў выходзіць вышэй на 1—2%. З гэтага боку ***няма падстаў казаць аб слабасьці фізычнага разьвіцьця калмыкаў, як этнічнае групы***“ (курсыў наш—*С. Д.*) Але вывады зусім не адпавядаюць гэтай, здавалася-б, здавальняючай антрапамэтрычнай характарыстыкі. „...Прыходзіцца ўстанавіць у адносіне дэмаграфічных даных—не катастрафічнае выміраньне, а толькі той няспрыяючы факт, што насельніцтва на працягу доўгага шэрагу гадоў ня толькі не выяўляе выстарчальнага прыросту, але дае хістаньні па паасобных няспрыяючых у эканамічнай адносіне пэрыядах у бок часовага памяншэньня свайго агульнага ліку“. Далей: „Даныя экспэдыцыі прымушаюць зьвярнуць увагу на налічча фактаў вельмі значнай падлегласьці насельніцтва захварэньням заразным, вострым і хранічным... Малярыяй перахварэла звыш паловы насельніцтва... Трахома—вынікі някультурнага быту.. Змаганьне з ёю прадстаўляе галоўную і важную задачу прафіляктычнай мэдыцыны... Тое-ж самае датычыцца да сыфілісу... Калмыкі, пераходзячы з стэпу ва ўмовы гарадзкога альбо прамысловага існаваньня... у параўнальна кароткі час інфіцыруюцца тубэркулёзам, а некаторая частка выяўляе вельмі слабую здольнасьць змаганьня з інфэкцыяй, даўшы сільна працякаючыя формы захварэньня“...

Нам здаецца, што прыведзеныя факты і меркаваньні пераканальны ў тым сэнсе, што зусім яшчэ ня ясна значэньне санітарнай канстытуцыі для масавага здароўя, як няясна і значэньне індывідуальнай канстытуцыі для стану індывідуальнага здароўя, што аднэй санітарнай канстытуцыяй ніяк нельга вызначыць масавага здароўя, што наогул, тая ці іншая санітарная канстытуцыя (антрапамэтрычныя паказчыкі) групы насельніцтва нічога не гаворыць аб стане масавага здароўя тэй самай групы. *Зьмены* антрапамэтрычных паказчыкаў групы насельніцтва могуць быць некаторым адбіткам *зьмены* ва ўмовах існаваньня тэй-жа групы, але самі па сабе антрапамэтрычныя паказчыкі ня могуць служыць для ацэнкі масавага здароўя альбо ў якой-небудзь меры зьмяніць адзнакі яго. І ў адносіне прыведзеных намі антрапамэтрычных паказчыкаў дэкласаванага яўрэйства ўсе гэтыя вывады застаюцца, бязумоўна, правільнымі. Нельга не згадзіцца з *Дурнав*[3,86]), што „ўтвараецца паступовае ўраўнаважаньне ўплываў біагенных і сацыягенных фактараў, што па сумяшчальнасьці дае нам у выніку той ці іншы марфалёгічны тып, маючы перавагу ў той ці іншай мясцовасьці сярод таго ці іншага насельніцтва Калі мы маем пераважны тып у адным коле насельніцтва брахіморфны, а ў другім доліхаморфны, мы ня маем падстаў казаць аб вышэйшым узроўні фізычнага разьвіцьця ў першым выпадку і аб паніжаным—у другім выпадку, таму што ў абодвых выпадках мы бачым перад сабой максымальна прыстасаваны тып для выжываньня ў спэцыфічных умовах існаваньня... Сярод яўрэяў паступова выпрацоўваецца асобны марфалёгічны тып (вынік доўгага адбору), уласьцівы ў асноўных рысах *не яўрэям, як такім*, а як гаражанам, далёкім ад фізычнае працы“.

Бунак[87]) прыходзіць да процілежнага заключэньня, менавіта: „Прыведзеныя вышэй даныя, якія ўстанаўляюць вялікую схожасьць знадворных умоў жыцьця вывучаных намі яўрэяў і беларусаў, прымушае нас схіліцца да думкі, што адзначанае адносна слабае разьвіцьцё прадстаўляе сабой асаблівасьць, характэрную *для яўрэяў, як такіх.* Справа далейшых дасьледваньняў высьветліць на большым матар'яле, наколькі правільна гэтае становішча".

Нам здаецца, што да параўнаньня антрапамэтрычных паказчыкаў яўрэяў і неяўрэяў трэба падыходзіць таксама асьцярожна, як і да параўнаньня дэмаграфічных паказчыкаў. Праўда, *Бунак* для параўнаньня ўзяў вынікі вымярэньня 150 беларусаў і 108 яўрэяў, якія знаходзіліся як-бы ў аднолькавых умовах, але толькі ў *момант* вымярэньня; мы ўжо паказвалі, што пры гэтым, бязумоўна, трэба мець на ўвазе ня толькі сучаснае, але і мінулае і што наўрад ці можна знайсьці іншую сацыяльную групу, якая мела аналёгічны лёс з яўрэямі.

Што датычыцца саміх вынікаў вымярэньняў, то нашы даныя, як мы бачым па прыведзенай намі параўнальнай сводцы, у агульным саўпадаюць з данымі *Бунака* і, таму, да нашага матар'ялу можна было-б прыстасаваць яго вывад, „што яўрэі ў параўнаньні з беларусамі маюць ня толькі меншыя абсалютныя разьмеры, але і адносна меншую вагу і акружыню грудзі; яны менш укормлены, і грудная клетка (дыхацельны апарат) іх *слабей* (?—*С. Д.*), хаця *ні тая, ні іншая адзнака не прадстаўляюць нічога паталёгічнага.* (!—*С. Д.*)". Але мы ніяк ня можам згадзіцца, быццам „параўнальна больш *слабае* фізычнае разьвіцьцё яўрэяў нашай групы зьяўляецца, такім чынам, даказаным", калі „больш слабым" лічыць менш прыстасаванага да кола, больш падлеглага захварэньням альбо менш прыгоднага да працы. *Меншыя* (кольнасна) антрапамэтрычныя паказчыкі ні ў якім выпадку нельга параўноўваць з *больш слабымі* (якасна) уласьцівасьцямі. Нам не вядомы дасьледваньні, якія-б даказалі, што групы насельніцтва, якія адрозьніваюцца параўнальна больш нізкімі антрапамэтрычнымі паказчыкамі, *пагэтаму* выяўляюць і *горшыя* паказчыкі масавага здароўя. Спасылка на падобныя выпадкі паказвае звычайнае зьмяшчэньне прычыны з вынікам: меншая вытворчасьць, больш захварэньняў, больш высокая сьмяротнасьць не зьяўляецца вынікам нізкіх антрапамэтрычных паказчыкаў, але і першыя і апошнія зьяўляюцца вынікам адных сацыяльных умоў і зусім не абавязкова праваджаюць адзін другога. Іменна яўрэі могуць служыць лепшым для гэтага прыкладам.

Значыць, антрапамэтрычныя адзнакі, да і іншыя індывідуальныя ўласьцівасьці, зьяўляючыся даволі праўдзівым паказчыкам сацыяльна-эканамічных умоў жыцьця дэклясаваных яўрэяў гор. Менску, *як жыхароў гораду б. чарты аселасьці,* ня могуць даць адказу аб становішчы іх масавага здароўя, якое, відавочна, неабходна вывучаць на падставе іншых адзнак *).

VIII

Няма сумненьня, што захварэньні групы насельніцтва разам з дэмаграфічнымі паказчыкамі зьяўляюцца адным з самых верных адзнак масавага здароўя. Трэба, праўда, і тут паказаць на адсутнасьць дакладнага разьмежаваньня паміж індывідуальнымі захварэньнямі, як

*) *Увага.* Мы ня выводзім антрапамэтрычных індэксаў, таму што іх значэньне ў апошні час падлягала амаль усеагульнай крытыцы. Даныя аб дынамамэтрыі і антрапамэтрыі мы ня лічым магчымым скарыстаць з прычыны малой аб'ектыўнай іх вартасьці (пар. у *Недрыгайлава*[88]).

зьявішчам, паказваючым на стан здароўя індывідууму, і захварэньнем, як адзнакай масавага здароўя. Справа тут не ў выдзяленьні, гэтак зван., сацыяльных хвароб (гл. у *Гроцьяна* [89]) і ня ў тым, каб у кожным захварэньні вызначыць яго сацыяльнае паходжаньне і значэньне *). Захварэньні, як адзнака масавага здароўя, што зьяўляецца фактарам вытворчасьці, прадстаўляе сабой зьявішча некалькі іншага парадку, чым захварэньні індывідууму. Ня маючы магчымасьці тут далей разьвіваць наш пункт погляду, абмяжуемся правядзеньнем некаторых вызначэньняў паняцьця „хвароба“.

„Пад хваробаю мы разумеем становішча арганізму на мяжы яго здольнасьці да прыстасаваньня“—піша проф. *Фрыц Ленц* [92]). „Пры гэтым“—паказвае *Сімэнс* [93])—„паняцьце хвароба павінна датычыць ня толькі небясьпек, якія абумоўліваюць тое альбо іншае становішча індывідууму, але мы павінны мець на ўвазе і захаваньне тэй высокай жывой адзінкі, якую мы вызначаем як расу (Vitalrasse)“. У сучаснай паталёгіі прынята прыкладна такое вызначэньне хваробы: „прыстасаваньне альбо рэгуляцыя функцый, што зьяўляецца адказам на дзеяньне ненармальных умоў, мы называем ненармальнай альбо паталёгічнай рэгуляцыяй функцыі. Такім чынам паталёгічны працэс альбо хвароба пачынаецца тады, калі абаронныя прыстасаваньні арганізму невыстарчальныя ў адносіне да ўплываючых на яго шкодных умоў, і выражаюцца ў паталёгічнай рэгуляцыі функцый. Адсюль мы маем больш дакладнае і падрабязнае вызначэньне паняцьця аб хваробе, як жыцьці пры ненармальных умовах, зьдзяйсьняемай шляхам паталёгічнай рэгуляцыі функцыі арганізму“ *(І. П. Анічкаў* [94]*)*.

Такім чынам само па сабе значэньне пры вызначэньні „хваробы“ знадворных умоў (у тым ліку і сацыяльна-эканамічных), узаемадзеяньні іх з уласьцівасьцямі арганізму, „канстэляцыі“ Tendeleo [95]) можна лічыць прысвоеным у сучаснай паталёгіі. Сацыял-гігіеністы па сутнасьці, ня ўнесшы зьмен у паняцьце хваробы, толькі вызначылі, якія з хвароб маюць сацыяльнае значэньне. Напр. *Фішэр* [2]) піша так: „Зьяўляецца пытаньне, на якія хваробы з вялізарнага ліку іх сацыял-гігіеніст павінен зьвярнуць асаблівую ўвагу... Трэба падкрэсьліць, што ў працілегласьць паталёгічнай анатоміі ў клініцы, якія з асобным інтарэсам займаюцца рэдкімі выпадкамі, сацыял-гігіеніст цікавіцца тымі цярпеньнямі, якія найбольш часта сустракаюцца“. Апошняя заўвага датычыць уласна пытаньня аб тых адзнаках, па якіх хваробу трэба лічыць сацыяльнай, але па сутнасьці яно ня ўносіць сацыяльна-гігіенічнага карактыву ў паталёга-анатамічнае і клінічнае разуменьне самой хваробы. Гэты карактыў, па нашай думцы, павінен быць унесены ў тым сэнсе, што хваробамі з сацыяльна-гігіенічнага пункту погляду трэба лічыць такое паталёгічнае становішча арганізму, пры якім наносіцца шкода вытворчасьці, у шырокім сэнсе, маючы на ўвазе пры гэтым ня толькі ўтварэньне матар'яльных вартасьцяй, але і павялічэньне „арганічнага капіталу“ *(Тамілін* [96]*)*.

Наш матар'ял аб захварэньні і складзены ў адпаведнасьці з паказанымі меркаваньнямі. Неабходна пры гэтым мець на ўвазе, што ён, бязумоўна, не прадстаўляе ўсяе сацыяльнае паталёгіі дэклясаванага яўрэйства гр. Менску, (таму што мэдычным аглядам не ахоплены цяжка хворыя, вострыя інфэкцыйныя) і хранічныя інваліды і інш., якія не маглі зьявіцца на агляд у амбуляторыю. Пры аглядзе мы імкну-

*) *Увага.* Перафраза вызначэньня *Вігдорчыка* [90]) ў адносіне прафэсыйных хвароб *Моссе* і *Тугендрэйх* [91]) гэтакую думку выказваюць так: „задача заключаецца ў тым, каб паказаць якая ўдзельная вага ўплыву сацыяльных фактараў у паходжаньні і працяканьні хвароб“.

ліся рэгістраваць ня ўсе зьмены ў арганізьме, што прадстаўляюць сабою адхіленьні ад гэтак зван. фізыалёгічнай нормы, а толькі тыя. якія, па думцы аглядаючых дактароў, маюць практычнае значэньне, іменна, як сапраўдны фактар памяншэньня працаздольнасьці. Між тымі і іншымі зьменамі розьніца зусім ясная, разам з гэтым толькі скажам, што, з нашага пункту погляду, шматлікія *„сацыяльна-гігіенічныя“* дасьледваньні зьяўляюцца нічым іншым, як статыстыкай паталёгічных зьмен чалавечых арганізмаў, а не вывучэньне захварэньняў, як адзнакі масавага здароўя, што зьяўляюцца фактарам вытворчасьці.

Ня спыняючыся больш на крытычнай ацэнцы і значэньні нашага мэтаду, трэба сказаць, што характар нашага матар'ялу, вядома, абмяжоўвае магчымасьць параўнаньня яго з іншымі. Нажаль, маючаяся ў нашым распараджэньні літаратура дае матар'ял у агульна-нацыянальным разрэзе без сацыяльнае дэфэрэнцыяцыі; тое ж самае датычыць і даволі грунтоўнай работы *Смулевіча* [97]), па даных якой мы і склалі наступную табліцу *).

Хваробы	Усе гарады	6 больш буйных	Менск	Пасел. гарадзк. тыпу
	% да ітогу	% да ітогу	% да ітогу	% да ітогу
Усе захварэньні	100	100	100	100
Заразныя хваробы	10.1	10,4	10.2	9,6
У т. л. тубэркулёз	3,8	4,4	5,8	3,2
Хвар. нэрвовай сыстэмы	4,1	4,2	5.1	3.9
Хваробы арганіч. звароту крыві	3,4	3,5	3.7	3,1
Хвар. арг. дыхан.	10,8	10,1	9.6	11,9
Хвар. арг. стравaходу	23.8	23,0	21,7	25,3
Хвар. мачапал. арг.	2,2	2,3	2.4	2,0
Хвар. касьцей і орг. руху	2,0	2,0	1,9	2,0
Хвар. орг. зроку	6,7	6.3	7.7	7,2
Хвар. орг. слуху	1.9	1,8	2,0	2.1
Хвар. скуры	13.7	13,6	12,0	14,0
Хвар. ад надворн. прычын	5,9	5,8	5,4	6,0
Новаўтвор	0,3	0,3	0.3	0.4
Агульн. хваробы	6.2	8.1	7,0	5,7
На 100 яўр. захвар.	809	999	1316	606
На 1000 беларус. захвар.	967	1131	1193	776

*) *Увага.* Па думцы *М. Гутмана* [112]), сярод яўрэяў назіраецца адносна меншае захварэньне інфэкцыйнымі хваробамі, тубэркулёзам, алкагалізмам, ракам маткі і адносна вялікае захварэньне—канстытуцыйнымі і агульнымі, нэрвова-псыхічнымі захварэньнямі вачэй і захварэньнямі сэрца і сасудаў (склероз).

Доктар *Смулевіч* наступным чынам рэзюмуе ўсе вывады аб захварэньні па нацыянальнасьцях: „Хваробы, што маюць пераваґу ў беларусаў... малярыя, грып, сухоты... вэнэрычныя хваробы... трахома, захварэньні рагавіцы, іншароднае цела, фліктэны, хваробы органаў дыханьня, нязначна пераважаюць... нэўрастэнія, мігрэнь, нэўральгія..., прагрэсыўны паралом і сьпінная сухота, хваробы органаў слыху, люмбаго, рак жаночых палавых органаў. Да хвароб, што пераважаюць у яўрэяў, належаць: шкарлятына і летаргічны энцэфаліт, хваробы скуры, асабліва парша і стрыгучы лішай; рахіт, агульныя хваробы (атлушчэньне), хваробы ад знадворных прычын за лік параненьняў, udараў, апёкаў, адмарожаньняў, расьцягненьня, унядрэньне іншародных цел, кан'юнктывік, глаўкома, анамаліі рэфракцыі, катаракта, захварэньні сьлёзнага мяшка, артэрыёсклероз, гемарой, захварэньні (расьцягненьне) вен, хваробы лімфатычных залоз, эмфізэма, хваробы органаў стрававварэньня (грыжы, дыарэя і энтэрыт дарослых, хваробы зубоў і раматус... ішыас (нязначна) захварэньні мускулаў (у мужчын)".

Мы прывялі асноўныя даныя д-ра *Смулевіча* не таму, што з імі можна параўнаць нашы вывады, а дзеля таго, каб арыентавацца ў агульным малюнку захварэньняў яўрэйскага насельніцтва, складзенаму на падставе неперарыўнага нагляду. Але якраз захварэньні дэклясаванага яўрэйства атрымалі вельмі нязначны адбітак ў матар'яле д-ра *Смулевіча*, так як дэклясаванае яўрэйства ў самай нязначнай ступені абслугоўваецца агульнай мэдыцынскай арганізацыяй: матар'ял гэты тычыцца, галоўным чынам, рабочых, служачых і сялян. Мы ведаем яшчэ некаторыя даныя аб захварэньні паасобных узросных груп—яўрэяў і неяўрэяў—сходных і па сацыяльнаму становішчу. Так, на падставе абсьледваньня падлеткаў Украіны *Качан* [100]) атрымаў такія даныя.

На 100 абсьледваных прыходзіцца.

	Яўрэі	Неяўрэі
Хварав. становішча носа і глоткі	99,2	43,2
Захварэньні скуры	21,2	20.3
Хваробы органаў дыханьня	7,9	7,6
Тубэркулёз лёгкіх	13,3	16,4
Павялічэньне шыйн. лімфат. залоз	36.9	12,6
Парок сэрца	3,7	2,5
Функцыян. хвар. сэрц. дзейн.	2.0	4.3
Расьцягненьне вен	2,6	0.7
Анэмія	17,5	15,3
Парушэн. нэрвовай сыстэмы	15,8	15,4
Усяго паталёг. склад	251,5	180,7 (для украінцаў)
	—	174,9 (для расійцаў).

Гэтыя даныя, як шмат аналёгічных іншых дасьледваньняў, між іншым, ілюструюць адсутнасьць, па крайней меры, недахоп сацыяльна-гігіенічнага сэнсу ў рэгістрацыі *ўсіх* „паталёгічных станаў": *у рабочых* падлеткаў аказваецца па 1,8—2,5 „захварэньні" ў кожнага; зразумела, пры такім мэтадзе вывучэньня захварэньня траціцца ўсякая арыентацыя ў сапраўднасьці—у сапраўдным захварэньні, маючым сапраўднае сацыяльна-гігіенічнае значэньне.

Вось даныя, якія ў вядомай меры даказваюць гэта становішча. Д-р *С. Н. Ратнэр* [101]) зрабіў распрацоўку даных агледжаньня прызыўных камісій у аднэй з акруг (Слуцкай) Беларусі за 1926 г. З 100 агле-

джаных выявілася, што хворых сярод яўрэяў 45,95 проц., сярод неяўрэяў—55,45 проц. Нельга не згадзіцца з тым, што такая рэзкая розьніца паміж захварэньнямі украінскіх падлеткаў і захварэньнямі прызыўнікоў аднэй з беларускіх акруг ня можа быць аднесена за кошт *сапраўднай* розьніцы і стану здароўя гэтых груп. Гэта, бязумоўна, вынік „падыходу“. *Ратнэр* [101]), між тым, прыходзіць таксама да вываду, „што хваробы, якія характарызуюць вялікую ўроджаную слабасьць насельніцтва, яго дэфыктыўнасьць... недаразьвіцьцё, глуханямата, эпілепсыя, душэўныя хваробы і г. д., мы сустракаем у зусім аднолькавай ступені як сярод прызыўнікоў яўрэяў, так і сярод неяўрэяў“.

Нашыя даныя, як мы ўжо паказвалі, базуюцца на пярвічным матар'яле, пры складзе якога выходзілі якраз з меркаваньняў сацыяльна-гігіенічнай значымасьці ў нашым разуменьні. Гэтым і тлумачыцца, што і экстэнсыўныя паказчыкі захварэньняў дэклясаванага яўрэйства па нашых даных розьняцца ад даных *Смулевіча* і інтэнсыўныя паказчыкі захварэньняў дасьледваных намі падлеткаў азрозьніваюцца ад прыведзеных паказчыкаў захварэньняў падлеткаў Украіны.

Пераходзім да самага азнаямленьня з нашымі данымі (гл. табл. 26 і 27). Перш за ўсё мы адзначаем, шко як лік хворых, так і лік захварэньняў мяняецца з узростам і залежыць ад пола. Малодшы дзіцячы ўзрост дае некалькі большыя лічбы, чым наступныя ўзросты, але з 20-гадовага ўзросту ідзе ў агульным бязупыннае нарастаньне захвараемасьці. Наогул мужчыны даюць параўнальна большы лік хворых і яшчэ большы лік захварэньняў параўнальна з жанчынамі; выключэньне складаюць старэйшыя ўзросты, у якіх адносіны адваротныя, узрост ў 8—14 гадоў, у якім жанчыны ў параўнаньні з мужчынамі даюць большы лік захварэньняў пры меншым ліку хворых, і зрост 45—54 г., у якім, наадварот, у параўнаньні з мужчынамі, жанчыны даюць большы лік хворых пры меншым ліку захварэньняў.

Само сабою зразумела, што ўзрост і пол маюць уплыў і на характар захварэньняў. У прамой залежнасьці ад узросту, як відаць, знаходзяцца захварэньні органаў звароту крыві, дыханьня і страваваньня, якія, у агуле, павялічваюцца сумесна з узростам. Некаторыя захварэньні маюць свой асабісты спрыяючы ўзрост, як нэрвовыя хваробы, якія асабліва часта сустракаюцца ва ўзросьце 35—54 гады; „розныя“ захварэньні найбольш характэрны для дзіцячага ўзросту, відавочна, у сувязі з тым, што ў гэтай групе намі згуртаваны такія, пераважна, дзіцячыя хваробы, як рахіт, глісты, лімфадэніт. Што датычыцца ўплыву полу, то наш матар'ял паказвае, што „агульныя захварэньні“, нэрвовыя хваробы і інфэкцыі часьцей сустракаюцца ў жанчын, а хваробы органаў дыханьня, звароту крыві, страваваньня і іншыя больш характэрныя для мужчын. У адносінах інфэкцыі, трэба адзначыць, што нашы даныя датычацца амаль выключна тубэркулёзу, і, зразумела, яны па сваёй колькасьці ня могуць служыць для колькі-небудзь пэўных вывадаў. Аднак, гэта заўважаньне трэба аднесьці для ўсіх захварэньняў, якія ў нашым матар'яле прадстаўлены невялікай лічбай.

Найбольшае значэньне ў паталёгіі дэклясаваных яўрэяў г. Менску, відавочна, маюць захварэньні органаў дыханьня (32,7 проц. усіх захварэньняў), звароту крыві (20,6 проц.) і органаў страваваньня (15,3 проц.), затым ідуць „розныя“ хваробы (12,2 проц.), хваробы нэрвовай сыстэмы (4,6 проц.), „агульныя“ захварэньні (4,5 проц.), захварэньні скуры (2,5 проц.), інфэкцыі (2,2 проц.) і іншыя. Мы, бязумоўна, ня можам дэтальна аналізаваць сацыяльна-гігіенічнае значэньне гэтых захварэньняў, тым больш, што літаратура вырасла досыць нязначна

асабліва ў цікавячым нас высьвятленьні. Усё-ж мы лічым важным ілюстраваць нашы даныя невялікім аглядам даступных нам матар'ялаў па паталёгіі яўрэяў, памятуя ў той-жа час неабходнасьць крайняй асьцярожнасьці ў сэнсе распаўсюджаньня на дэклясаваных яўрэяў Менску вывадаў з іх. Сукоснае пацьверджаньне нашаму зацьверджаньню, што захварэньні сэрцова-сасудзістай сыстэмы маюць важнае значэньне ў агульных захварэньнях абсьледванай групы мы знаходзім у *Розенблюма*[102]), які паказаў, што захварэньні сэрцова-сасудзістай сыстэмы зьяўлаюцца прычынай сьмерці ўрачэй ў 51,9 проц. у яўрэяў і ў 20,7 проц. у неяўрэяў. „Тут, як відаць, адказным зьяўляецца ўплыў знадворнага асяродзьдзя: цяжкія сацыяльныя і палітычныя ўмовы, якія даюць лепшую глебу для разьвіцьця пакалечаньня нэрвовага і сасудзістага апаратаў“. І праф. *Штраус*[10]) піша: „У яўрэяў часьцей, чым у неяўрэяў, сустракаецца слабае супраціўленьне нэрвовай сыстэмы, а таксама сэрца і сасудаў супроць захварэньняў. Пры параўнаньні свайго вопыту сярод яўрэяў і неяўрэяў у больніцы і ў прыватнай практыцы і я атрымаў уражаньне, што артэрыясклероз, схільнасьць да захварэньня каранарнай артэры таксама як і звычайная гіпэртонія сустракаецца ў яўрэяў часьцей, чым у неяўрэяў. Падстава гэтага зьявішча, паколькі гутарка ідзе аб нэрвовай сыстэме, зусім ясная. Але і большую частасьць сярод яўрэяў артэрыясклероза і звычайнай гіпэртоніі можна падвесьці на здарыўшуюся ў шэрагу пакаленьняў „звышраздражлівасьць“ (Ueberreizung) нэрвовай сыстэмы яўрэяў, таму што мы ведаем, у якой цеснай залежнасьці ад нэрвовай сыстэмы знаходзяцца зьявішчы ў сасудзістым апараце. Калі, ня гледзячы на гэта, лік сыфілістычных нэрвовых захварэньняў, як я магу пацьвярджаць на падставе асабістага вопыту, лік сыфілістычных захварэньняў сэрца і сасудаў у яўрэяў сустракаецца радзей, чым у неяўрэяў, то гэта гаворыць за тое, што альбо ў яўрэяў сыфіліс сустракаецца радзей, чым у неяўрэяў, альбо сыфіліс дае ў яўрэяў пазьнейшыя зьявішчы радзей, чым у неяўрэяў“.

Як вядома, значна больш увагі даецца звычайна нэрвова-псыхічнаму захварэньню яўрэяў. У гэтых адносінах вялікі інтарэс прадстаўляе артыкул *Тобі Кона*[104]), які зрабіўся прадметам досыць ажыўленай дыскусыі. Яго вывад такі: „Якога-небудзь прысвоенага выключна яўрэям нэрвовага захварэньня няма. Хаця і тыя захварэньні, у адносіне якіх яны паказваюць большы процант, сустракаюцца і сярод іншых груп насельніцтва. Вельмі часта яўрэі церпяць ад трох хвароб: торсіазпазма, амаўратычнай ідыотыі (імфатыльнай) і перамяжоўваючайся кульгавасьці... Пэўных разьліччаў у цячэньні, якія былі-б характэрны для яўрэяў, знайсьці нельга. Хіба толькі тыпічна яўрэйскае адцэньне прызнаць у гіпахондра-нозофобічным кампаненту, але і гэта магчыма толькі пры большай асьцярожнасьці таму, што шмат неяўрэяў пры розных захварэньнях выяўляюць гэтыя прыўваходнія рысы“. Да іншых вывадаў, на падставе досыць значнага літаратурнага матар'ялу прыходзіць Ludwig Trigyes[105]): „1) Лік душэўна-хворых і нэрвова-хворых, як псыхічна няўстойлівых сярод яўрэяў больш нармальнага для адпаведнага яўрэйскага насельніцтва. 2) Сярод нэрвовых захварэньняў функцыянальныя захварэньні займаюць большае месца, чым арганічныя. 3) Пры некаторых формах захварэньня адзначаецца атыпічнасьць... 4) Хваробы, этіолёгічна зьвязаныя з алкагалізмам, альбо з алкагольнай насьледнасьцю сустракаюцца рэдка і, наадварот, хваробы, для якіх галоўнейшае значэньне маюць моманты насьледнасьці альбо фамільнасьці, сустракаюцца амаль выключна ў яўрэяў. 5) Як прычынныя моманты пераважнае значэньне маюць насьледнае ацягчэньне, схільнасьць, сацыяльныя і палітычныя ўмовы, жыльлёвыя ўмовы, канцэн-

трацыя ў бальшых гарадох, род заняткаў, сэксуальныя моманты, і, апроч таго, галоўным чынам, у дзяцей, адмоўныя выхаваўча-пэдагагічныя моманты... 6) Расавы характар... таксама не павінен быць выпушчан з віду...“

Для ацэнкі нашых даных па нэрвовым захварэньні дэклясаваных яўрэяў гор. Менску значна большае значэньне маюць даныя і вывады, якія прыводзяць праф. *Кроль* і *Багарад*[106]) на падставе матар'ялаў нэрвовай клінікі ў Менску. „З усіх беларускіх нэрвова хворых было 46,64% з функцыянальнымі нэрвовымі хваробамі і 53,36 проц. з арганічнымі. Адпаведныя лічбы сярод яўрэяў—46,59 проц. і 53,41%“. Гэтыя лічбы не саўпадаюць з данымі *Л. С. Мінора*, які ў сваёй выдатнай працы аб асаблівасьцях нэрвовых хвароб у яўрэяў прыходзіць да вываду, што „арганічныя цярпеньні нэрвовай сыстэмы значна больш частыя ў хрыстыян, чым у яўрэяў“. Далей, „з усіх нэрвова-хворых беларусаў выявілася 4,7 проц. з сыфілісам і 2,65 з парасыфілісам нэрвовае сыстэмы. Адпаведныя лічбы для яўрэяў—2,3 проц. і 0.67 проц. Эпілептыкаў было 7,5 проц. сярод хворых яўрэяў і 6,6—сярод неяўрэяў. Ва ўсім эндакрыналёгічным матар'яле значна пераважаюць яўрэі.. Сярод яўрэйскай групы хворых з захварэньнямі вэгетацыйнай нэрвовай сыстэмы выявілася 6,2 проц., сярод беларускай толькі 3,5 проц. Сярод яўрэйскіх хворых харэя сустракалася ў 1,6 проц., сярод беларусаў—у 0,46 проц. усіх выпадкаў“. Нэўрастэнікаў 31,58 проц. сярод беларусаў, 31,48 сярод яўрэяў, істэрыкаў—22,2 проц сярод расійцаў і 17,1 проц. сярод яўрэяў... Хаця, як ужо неаднакроць падкрэсьлівалася, нельга распаўсюджваць вывады з гэтых фактаў на наш матар'ял, хаця, можа быць, і самыя факты ў некаторай меры вызначаліся агульным напрамкам дзейнасьці нэрвовай клінікі ў Менску, але нельга не згадзіцца з асноўнымі вывадамі аўтараў: „Па цэлым шэрагу захварэньняў можна з нясумненнасьцю адзначыць вялікі нівэліруючы ўплыў знадворнага асяродзьдзя на захварэньне розных нацыянальных груп... З аналізу нашага матар'ялу з нясумненнасьцю таксама відаць вялікае значэньне знадворнага асяродзьдзя для зьмены і выпрацоўкі „канстытуцыйных“ адзнак, калі да апошніх, у прыватнасьці далучыць схільнасьць да захварэньня істэрыяй“... Ва ўсякім разе можна пацьвярджаць, што і сярод нашага матар'ялу захварэньні нэрвовымі хваробамі не займаюць выключна выдатнага месца.

Ня менш цікавым пытаньнем яўрэйскае паталёгіі зьяўляецца тубэркулёзная праблема. Мы ўжо паказвалі вышэй, што нашы даныя ня служаць адбіткам распаўсюджаньня сярод дэклясаванага яўрэйства гор. Менску паталёгічных становішч наогул і тубэркулёзнай інфэкцыі ў тым ліку. Таму тут ня месца прыводзіць агульныя даныя аб ролі тубэркулёзу ў паталёгіі яўрэяў, якая павінна сацыяльна-гігіенічна ацэньвацца таксама, як і роля ўсякага іншага захварэньня, але мы лічым вельмі важным заключэньне праф. *Штрауса*[107]) па гэтым пытаньні. „Адносная супраціўляемасьць (Resistenz) яўрэяў у адносінах тубэркулёзу“, піша ён „не настолькі вялікая каб яна магла процістаяць супроць шкодных уплываў, якія ўзьніклі ў выніку пагоршаньня агульных умоў жыцьця ў ваенныя і пасьляваенныя гады“... Мы закончым наш агляд паказаньнем, што ў літаратуры ёсьць даныя, што захварэньні вачэй сярод яўрэяў больш распаўсюджаны і быццам сярод яўрэяў часьцей, чым сярод неяўрэяў сустракаецца глаўкома і блізарукасьць (*Левінсон*[108]), (*Кантар*[109]). *Гольдфэдэр*[110]), на падставе свайго абсьледваньня ў гэтай адносіне прыходзіць да такога заключэньня: „больш цяжкія захварэньні вачэй сярод яўрэяў у параўнаньні з іншымі нацыянальнасьцямі залежаць ад прафэсыйных, сацыяльных, эканамічных і інш. умоў ася-

родзьдзя і толькі ў нязначнай меры (калі наогул залежаць) ад расавых асаблівасьцяй". Бязумоўна, гэтае становішча правільна і ў адносіне ўсяго захварэньня ня толькі дэклясаванага яўрэйства гор. Менску, якое не складае ніякага выключэньня ў сэнсе ўмоў распаўсюджаньня сярод яго захварэньняў. Што датычыць адзначаемага многімі больш спрыяючага цячэньня ў яўрэяў некаторых захварэньняў, як інфэкцыйныя, то з прычыны адсутнасьці даных мы ня можам пацьвярджаць, наколькі гэта характарызуе і дэклясаваных яўрэяў *).

IX

Увесь аналіз прыведзеных намі фактаў павінен быў паказаць, што становішча масавага здароўя дэклясаванага яўрэйства не дае ніякіх спэцыяльных паказаньняў для разуменьня сучаснага і магчымага значэньня яго ў вытворчасьці, што адказ на гэтае пытаньне, відавочна, неабходна шукаць у агульных сацыяльна-эканамічных умовах. Яснасьць адказу можа выйграць, калі мы спынімся яшчэ на адным баку пытаньня. Справа ў тым, што пры абмеркаваньні яўрэйскага пытаньня звычайна лічацца, з г. зв., „яўрэйскім духам". Нас тут ня цікавіць задача зьбіраньня ўсіх станоўчых і адмоўных ацэнак гэтага „духу", але мае вялікі сэнс разабрацца ў пытаньні, ці мае і можа мець якое-небудзь значэньне для вызначэньня вытворчае ролі дэклясаванага яўрэйства яго „нацыянальны характар" (*Отто Бауэр* [122]) ці ёсьць наогул гэты „нацыянальны характар" альбо ён вызначаецца ўмовамі сацыяльна-эканамічнага існаваньня, як усякая іншая індывідуальная і масавая асабістасьць. Калі пры гэтым можна было-б абмежавацца чыста апісальнай характарыстыкай абсьледванае групы, доказам „уражаньняў", то гэтыя апошнія кажуць дакладна аб тым, што агульны культурны ўзровень, узровень агульнага разьвіцьця дэклясаванага яўрэйства знаходзіцца якраз на вышыні яго сацыяльна-эканамічнага становішча: ня вышэй і ня ніжэй; ні ў якім выпадку нельга казаць ні аб асобнай інтэлігентнасьці, ні аб асобнай адсталасьці, апроч, зразумела, выключэньняў, якія зусім зразумелы, як зразумелы ўсякія плюс і мінус варыяцыі. Аднак, адно суб'ектыўнае апісаньне мала пераканальна,

*) *Увага.* Прыводзім даныя аб сьмяротнасьці ад тыфусаў у Алэсе [11]).

		Сярод яўрэяў	Сярод рускіх	Сярод астатніх
Сьмяротнасьць ад чарэўнага тыфусу	1919—20	5.3	11.9	17,4
	1920—21	10,0	9,0	13,6
Сьмяротнасьць ад сыпнага тыфусу	1919—20	0,8	6,2	—
	1920 - 21	5,6	13.1	14,8
	1921 - 22	8,5	12,5	—
Сьмяротнасьць ад зваротнага тыфусу	1920—21	1,1	2,1	7,0

Крытычная адносіна да гэтых даных выклікаюцца пастаноўкай (нездавальняючай) рэгістрацыі ў 1919-21 г. Трэба думаць, што пад рэгістрацыю пападалі, галоўным чынам, шпіталізаваныя хворыя, а яўрэі, трэба думаць, мала зьвярталіся ў больніцы і паміралі дома.

і мы думаем, што вядомым аб'ектыўным паказчыкам у гэтым пытаньні можа служыць распаўсюджаньне пісьменнасьці сярод абсьледванае групы насельніцтва (гл. табліцу № 28).

Прывядзем тут-жа і параўнаньне.

Пісьменнасьць па нацыянальнасьцях і ўзростах.

Узрост	Дэклясав. яўрэі г. Менску	Узрост	Усе яўрэі г. Менску	Неяўрэі г. Менску	Неяўрэі БССР	Яўрэі БССР
0—3 г.	0%	0—4	0,04	0.07	0,01	0,04
4—7 г.	7,1%	5—9	38.7	38,2	12,2	35,1
8—14 г.	90,7%	10—14	96,3	93.5	63.1	95,2
15—19 г.	95,6%	15—19	92,2	92,3	54,3	95,8
20—24 г.	90,8%	20—24	95,0	93,0	69,3	94,6
25—34 г.	82,2%	25—29	93,1	88,2	58,2	91,2
35—44 г.	75,3%	30—39	88,8	79,4	48.6	86,1
45—54 г.	70,2%	40—49	80,9	65,9	35,5	76,0
55—64 г.	61,8%	50—59	72,4	54,3	22,4	66.9
65—74 г.	62,8%	60—69	62,4	47.3	15,8	56,7
75 і ст.	72%	7) і б.	56,8	37,2	10,5	46,6
Разам	68,4%	Разам	72,3	69,4	38,2	68,9

Хаця разьбіўка па ўзростах нашага матар'ялу адрозьніваецца ад астатніх даных, але вывады ад гэтага ніскольні ня робяцца менш дакладнымі.

Пісьменнасьць дэклясаванага яўрэйства гор. Менску бліжэй да пісьменнасьці неяўрэяў гор. Менску, чым астатніх яўрэяў. Пры гэтым яна ніжэй агульнай пісьменнасьці, калі ўлічыць, што пісьменнасьць яўрэяў старэйшых узростаў датычыць пісьменнасьці, пераважна, рэлігійнае.

Паступовае выцясьненьне рэлігійнае пісьменнасьці сьвецкаю відаць і па даных аб месцы навучаньня (гл. табл. № 29). Чым маладзей узросная група, тым меншы процант належачых да яе навучаўся ў адным хэдэры, тым большы процант навучаючыхся і навучаўшыхся адначасна ў хэдэры і сьвецкай школе і ў аднэй сьвецкай школе і значная большасьць тых пакаленьняў, узрост навучаньня якіх саўпаў ужо з савецкім часам, так альбо інакш навучаліся альбо навучаюцца ў савецкай школе. Цікава, між іншым, зазначыць, што хэдэр ўсё яшчэ іграе даволі значную ролю (каля 30 проц. дзяцей навучаюцца ў хэдэрах), у „асьвеце“ дзяцей дэклясаваных і некаторую ролю (2,1 проц.) граюць яшчэ рэлігійныя школы.

Навучаньне дзяцей і падлеткаў 8–19 г.

Усяго атрымана	адказаў	Навучаліся ці навучаюцца: Хэдэр Абс	Хэдэр %	Рэліг. шк. Абс	Рэліг. шк. %	Хэдэр і сьвец. школа Абс	Хэдэр і сьвец. школа %	У сав. школах Абс	У сав. школах %	Хатняя навучаньне Абс	Хатняя навучаньне %
274	М.	49	18	13	4,7	87	31,8	102	37,2	8	2,9
338	Ж.	28	8,3	—	—	12	3,5	290	85,8	7	2,1
612	а. п.	77	12,6	13	2,1	99	16,1	392	64	15	2,4

Суадносіны паміж пісьменнасьцю мужчын і жанчын не паказваюць нічога надзвычайнага у параўнаньнi з іншымі групамі насельніцтва: мужчын пісьменных больш чым жанчын.

Зварочваючыся да цікавячага нас боку пытаньня неабходна, значыць, прызнаць, што ступень „інтэлігентнасьці" дасьледуемае групы, відавочна, вызначаецца ня толькі тым, што яна—яўрэйская, колькі тым, што яна *деклясаваная*. Яўрэйства, бадай, мае тут толькі значэньне ў адносіне рэлігійнае пісьменнасьці, але і ў распаўсюджаньні апошняй нясумненнае і важнае значэньне адыгралі ўмовы сацыяльна-эканамічнай і палітычнай ізаляцыі, у якіх жыло старое яўрэйства.

Само сабой зразумела, што для вызначэньня месца ў вытворчым жыцьці якой-небудзь групы насельніцтва больш рэальнае значэньне маюць прафэсыйная дзейнасьць і падрыхтоўка. З прафэсыйным складам дэклясаванага яўрэйства мы ўжо азнаёміліся, а тут нас цікавіць толькі пытаньне іменна аб прафэсыйнай, калі можна так сказаць, адукацыі дэклясаванага яўрэйства.

	Навучалася альбо навучаецца якой-небудзь прафэсыі: Усяго атрымана адказаў М.	Ж.	а. п.	Абсалютна М.	Ж.	а. п.	У % % М.	Ж.	а. п.
15—19 г.	68	116	184	22	16	38	32,3	13.8	20,6
20—24 „	19	47	66	10	19	29	52,6	40 4	43.9
25—34 „	60	115	175	30	53	83	50,0	46,1	47 4
35—44 „	90	167	257	40	64	104	44,4	38,3	40,5
45—54 „	118	137	255	50	36	86	42,4	26,3	33.7
55—64 „	109	85	194	54	22	76	49,5	25,9	39.2
65—74 „	64	30	94	32	4	36	50,0	13,3	38,3
75 і б.	27	3	30	11	—	11	40.7	—	36,7
Разам	555	700	1255	249	214	463	44,9	30,6	36,9

У гэтых даных (усяго каля паловы мужчын і каля 1/3 часткі жанчын ведае пэўную прафэсію), як нам здаецца, адны з вузлавых пунктаў усяе праблемы і ў мінулай і ў будучай вытворчай ролі дэклясаванага яўрэйства. Ніхто, здаецца, зараз не сумняваецца, што ў мінулым дэклясаванае яўрэйства зрабілася дэклясаваным у сілу гістарычных (эканамічных, сацыяльных і палітычных) прычын, і ня можа быць таксама сумненьня ў тым, што і становішча ў вытворчым жыцьці, якое займала дэклясаванае яўрэйства, вызначалася ня нейкімі асобнымі спэцыфічнымі ўласьцівасьцямі яго, альбо станам яго масавага здароўя, але зноў-такі сацыяльна-эканамічным асяродзьдзем. „Асноўныя асаблівасьці ў прафэсыйным складзе яўрэйскага насельніцтва“,—пісаў *Бруцкус* [113]),—„залежыць ад таго, што яно гістарычна і юрыдычна адарвана ад асноўных вытворчых працэсаў, зьвязаных з уладаньнем сапраўднымі багацьцямі краіны і перш за ўсё з уладаньнем зямлёй“. Аб залежнасьці вытворчага значэньня яўрэяў ад агульна-эканамічных і сацыяльных умоў, а не аб іх асобных уласьцівасьцях, мы маем шэраг іншых пасьведчаньняў. *Бікерман* [114]) пісаў: „25 яўрэяў павінны здабываць сабе харчаваньне з тае-ж крыніцы, якая тут-жа побач корміць дзесяць чалавек“. Справа ідзе аб параўнаньні ліку рамесьнікаў і гандляроў у чарце аселасьці і ў суседніх губэрнях“. *Юлі Гесэн* [115]) у сваёй запісцы ў Дзяржаўную Думу пісаў: „Лічбы паказваюць, што ў асобе яўрэйскіх рамесьнікаў даволі шырока выяўлена і такая праца, якая паглынае значныя фізычныя сілы. Залежнасьць яўрэйскіх рамесьнікаў ад умоў гарадзкога спажываньня выяўляецца ня толькі ў факце разьмеркаваньня іх па занятках (галоўным чынам, здавальняючым непасрэдна спажыўца, канечным працэсам вытворчасьці). Усе іх лёсы, разьмер заработку, працяжнасьць беспрацоўя, эканамічнае праквітаньне і занялад, тэхнічны рост і адсталасьць рамясла, усё гэта залежыць ад характару пануючага ў данай мясцовасьці спажыўца“. Мы маем яшчэ больш раньняе пасьведчаньне, якое ніяк нельга абвінавацігь у староннасьці: вось што пісаў дзяржаўны чалавек у 1886 годзе: „маючыяся ў дакладзе тлумачэньні ў слабасільнасьці яўрэяў і няпрыгоднасьці іх да рэмясловае працы і работ, патрабуючых фізычных сіл, знаходзяцца ў супярэчнасьці з шматлікімі афіцыйнымі, па гэтаму прадмету, данымі, у тым ліку і з тымі, якія знаходзяцца ў заключэньнях былых губэрскіх па яўрэйскаму пытаньню камісій... Што яўрэі ў выпадку патрэбы могуць выконваць самыя цяжкія фізычныя работы, відаць з таго, што ў гарадох паміж прадстаўнікамі самых цяжкіх галін працы большасьць усё-ж такі яўрэі“... (*Градоўскі* [116]).

Аб чым гавораць нашы даныя? Папрабуем іх коратка рэзюмаваць у некалькіх палажэньнях.

1. Дэклясаванае яўрэйства зьяўляецца арыгінальнай сацыяльнай масай насельніцтва, асноўныя рысы якой скаліся ўжо ў мінулым стагодзьдзі.

2. Гэтая сацыяльная маса, складаючы каля 10 проц. усяго яўрэйскага насельніцтва гор. Менску, знаходзіцца ў вельмі цяжкім эканамічным становішчы.

3. Невялічкі бюджэт дэклясаванага яўрэйства гор. Менску вызначае дрэнныя санітарна-бытавыя ўмовы, у якіх яно жыве.

4. Сямейнае становішча, відавочна, мае ўплываючае значэньне ў жыцьці дэклясаванага яўрэйства.

5. Усе выяўленыя індывідуальныя ўласьцівасьці абсьледваных знаходзяцца ў выключнай залежнасьці ад апісаных умоў іх існаваньня.

6. Індывідуальныя ўласьцівасьці не адрозьніваюцца якімі-небудзь спэцыфічна нацыянальнымі асаблівасьцямі, якія нельга было-б тлумачыць уплывам асяродзьдзя і сапраўдных фактараў, як узрост і пол.

7. Антрапамэтрычныя адзнакі, не зьяўляючыся выстарчальнымі для канстытуцыянальнае індывідуальнае характарыстыкі, не даюць таксама падстаў для ацэнкі масавага здароўя *).

8. Захварэньні дэклясаванага яўрэйства гор. Менску знаходзяцца ў поўнай сувязі з умовамі іх сучаснага і гістарычнага існаваньня.

9. Што датычыць дэмаграфічных паказчыкаў, то, нажаль, да гэтага часу не ўдалося распрацаваць іх у сацыяльным разрэзе яўрэйства. Распаўсюджваць на дэклясаванае яўрэйства агульна нацыянальныя паказчыкі магчыма з вялікай асьцярожнасьцю **).

10. Агульная ацэнка масавага здароўя абсьледванае групы вызначаецца тым, што гэтая група ўладае ўсімі рысамі гараджан, якія жывуць у сацыяльна-эканамічных умовах, што характарызуюць паўпэрызм.

11. Няма ніякіх падстаў меркаваць, што дэклясаваныя яўрэі асабліва прыхільны да адных прафэсій альбо няздольны да іншых па свайму фізычнаму альбо духоўнаму разьвіцьцю

Мы, таму, ня можам згадзіцца, быццам сярод дэклясаванага яўрэйства дзейнічае нейкі „сапраўдны“ „нацыянальны“ прафэсыйны адбор, быццам „там, дзе побач жыве некалькі нацыянальнасьцяй, кожная нацыянальнасьць выяўляе пэўную цягу да вядомых прафэсій“ (*Вігдорчык* [117]). „Мы бачым“,—піша той-жа аўтар,—„што кравецкая і белашвэйная прамысловасьць згрупаваны, галоўным чынам, у руках яўрэяў, між тым, як у горнай прамысловасьці яўрэяў амаль няма“... І далей сам-жа дадае, што „і палітычныя моманты могуць праяўляцца ў прафэсыйным адборы... Абмежаваньне праў штучна згуртоўвала яўрэяў у нямногіх прафэсіях: з больш заможных колаў выходзілі галоўным чынам, дактары, з менш заможных—дробныя гандляры і рамесьнікі“... *Н. А. Семашка* [118]) ужо зрабіў некаторыя крытычныя заўвагі з прычыны „натуральнасьці“ прафэсыйнага адбору пры капіталістычных адносінах у грамадзтве. Нам здаецца яшчэ важным зазначыць, што прафэсія зусім не зьяўляецца нечым нязьменным, раз назаўсёды зьвязаным з пэўнымі ўмовамі. Калі наогул верна, што „чалавек плянамерна і з посьпехам замяняе імкненьне прыстасавацца да акаляючага міру імкненьнем прыстасаваць акаляючы мір да сябе“ (*Пфаундлер*), то ў галіне прафэсыйнага „прыстасаваньня“ гэта асабліва яскрава сказваецца.

---

*) *Увага.* Нават пры ацэнцы жывёлы ў сучасны момант не надаюць ужо асобнага значэньня знадворнаму яе выгляду „экстэр'еру“. Вось што па гэтаму пытаньні мы чытаем у *Ліскуна:* „Ужо ў 1837 г. Н. Bouley ставіў сабе задачу: „Па дадзенаму знадворнаму складу жывёлы вызначаць службу, для якой яна пераважна прыгодна, таксама суму і працяжнасьць карыснае дзейнасьці, якую яна можа утварыць“... „Ня гледзячы на самыя дэтальныя рысы ўтварэньня вывучанага Генонам малочнага люстра“ („адкрыцьцё“ зроблена ў 1828 г. -*С. Д.*) і ўстанаўленьне для кожнае клясы велічыні, вызначаемай малочнай прадукцыі, у сучасны момант ужо ніхто не надае сур'ёзнага значэньня гэтаму адкрыцьцю. Такая-ж прыблізна доля звычайна была і ва ўсіх іншых адкрыцьцях у галіне сувязі экстэр'еру жывёлы з яе вытворчасьцю ва ўсіх тых выпадках, калі справа ідзе не аб такіх экстэр'ерных рысах, якія самі па сабе маюць высокую гаспадарчую вартасьць... Ня гледзячы на вялізарныя затраты працы і часу вучоных усіх краін, у сучасны момант мы павінны аддаць сабе поўную справаздачу ў тым, што працы гэтыя ня мелі посьпеху ў тым іменна напрамку, у якім яны чакаліся. Апублікаваныя германскім таварыствам разьвядзеньня жывёлы дасьледваньні ў распрацоўцы *І. Шмідта* абагульваюць дабытыя матар'ялы ў тым сэнсе, што адных экстэр'ерных даных, ня гледзячы на іх дакладнасьць, для правільнай ацэнкі жывёлы невыстарчальна“. Калі так крытычна падыходзіць да значэньня экстэр'еру жывёлы, то цікава, чаму гігіеністы так шчыра займаюцца „чалавечым экстэр'ерам“, склаўшы свайго роду „антропогігіену“?..

**) *Увага.* Па статыстычных даных, сабраных Ульманам, паніжэньне сьмяротнасьці сярод яўрэяў—зьявішча, якое здаецца і на самай справе тлумачыцца паніжэньнем нараджаемасьці сярод іх, як спэцыфічна гарадзкога насельніцтва. Апошняй абставінай аўтар тлумачыць і „спэцыфічныя захварэньні“ яўрэяў.

Ці-ж можна параўнаць умовы работы ў якой-небудзь менскай альбо варшаўскай саматужнай кравецкай майстэрні з умовамі работы на сучаснай швэйнай фабрыцы? Ці-ж няма рэзкіх розьніц ва ўмовах працы ў наборнай касы і на лінотыпу? Ці-ж з разьвіцьцём тэхнікі, непрарыўнага працэсу ў вытворчасьці, замены чалавечаскае сілы ў больш цяжкіх работах мэханічнай—не нівэліруюцца *спэцыяльныя* патрабаваньні асобных прафэсій да арганізму? Ці-ж тэндэнцыя разьвіцьця прамысловасьці не вядзе да замены кваліфікаванага рабочага старога рамеснага тыпу новым тыпам амаль унівэрсальнага рабочага „пры машыне“?

Нельга таксама выпускаць з віду, што „ў сучасны момант факт глыбокіх і хуткіх зьмен марфалёгічных адзнак чалавека і жывёлы ня можа больш падлягаць сумненьню“ *(Івавоўскі*)*, а некалькімі радкамі раней той самы аўтар дакладна кажа, што „ўстойлівасьць антрапамэтрычных тыпаў зьяўляецца казкай“. Што датычыць уплыву іменна прафэсіі на марфалёгічныя адзнакі, то паказаньне іх знаходзім яшчэ ў *Ранкэ* [119]*)*. „Мы павінны тут зазначыць у высокай меры цікавую абставіну, што яўрэі, якія жывуць побач з паказанымі плямёнамі ў расійскіх астзэйскіх правінцыях і дасьледваныя адным з вучняў Шціды, у прапорцыях свайго цела зусім падобны да арыйцаў і фінаў. Яўрэйскае пытаньне даўно ўжо складае прадмет дасьледваньня ў адносіне прыгоднасьці яўрэяў да вайсковае службы. *Майр* знайшоў, што яўрэі ў Фюртэ, выключна займаючыяся гандлем, уладаюць меншым размахам рук, чым мясцовае германскае насельніцтва. *Вэйсбах* знайшоў, што яўрэі, якія жывуць сярод славян, мадзьяраў, немцаў і ў асаблівасьці сярод румын на паўднёва-ўсходзе Аўстрыяцкае імпэрыі, маюць значна больш кароткія рукі і ногі, чым прадстаўнікі паказаных народаў: толькі ў румын ногі яшчэ больш кароткія.

Пры бліжэйшым аналізе самых лічбовых даных сказваецца, што розьніца паміж сэмітамі, арыйцамі і фіна-уграмі ня выходзіць прадзелы розьніц паміж „станам“ аднаго і таго самага насельніцтва. Прапорцыя цела, якую ўстанаўляе *Вэйсбах* для яўрэяў у Аўстра-Вэнгрыі, вельмі блізка падыходзіць да прапорцый не працуючых мэханічна „станаў“, утвораных Ґульда ў Амэрыцы. Па вымярэньнях *Вэйсбаха*, яны бязумоўна падыходзяць да тых, якія прадстаўляюць у тых самых мясцовасьцях вандроўныя цыганы. Гэтыя разьлічы амаль зусім нікнуць у яўрэяў расійскіх астзэйскіх правінцый, якія, як вядома, належаць часткова да рамесьнікаў і землябаў і наогул менш адрозьніваюцца ад астатняга насельніцтва чым у Аўстрыі з прычыны невыстарчальнасьці фізычнае працы. Там, дзе яўрэі не працуюць у звычайным мэханічным сэнсе і ўтвараюць свае справы больш на хаду, у іх, як і ў вышэйшага стану, практыкуюцца, галоўным чынам, ногі, якія і робяцца параўнальна даўжэйшымі, тады як рукі адносна кароткія і неразьвітыя; тое-ж самае датычыць і цыган. У вялікіх гарадох, дзе яўрэі з дзяцінства працуюць у канторах, ногі іх робяцца кароткімі, а тулава длінным. Калі-ж яны ва ўмовах жыцьця набліжаюцца да астатняга насельніцтва, то розьніца ў прапорцыях усё больш і больш згладжваецца. Так, па дасьледваньнях *І. Чэрні* над каўкаскімі горнымі пляменьнямі, каўкаскія яўрэі наогул падобны да тубыльнага насельніцтва, з якім яны зьвязаны аднолькавасьцю працы і многіх нораваў і звычаяў. Такім чынам, і ў яўрэяў, і ў цыган праблема, якая здаецца на першы погляд этнічнай, зводзіцца, у сутнасьці, да сацыяльнай“.

*) *Увага.* „Аб антрапамэтрычных зьменах народнасьцяй Расіі пад уплывам голаду“. Цыціруем па манаграфіі „Калмыкі“ [85]).

Мы дазволілі сабе прывесьці гэтую цытату з старой кнігі выключна ў мэтах ілюстрацыі нашых асноўных вывадаў, якія прыходзяць да наступнага. У дэклясаваных яўрэяў няма ніякіх сацыяльна-гігіенічных проціпаказаньняў, да заняцьця любой вытворчай працай. Наадварот, у сілу свайго гістарычнага мінулага, яны нават маюць некаторыя сацыял-гігіенічныя перавагі: меншае захварэньне тубэркулёзам, лепшыя дэмаграфічныя паказчыкі.

Калі нават згадзіцца з тымі, хто думае, быццам яўрэі „больш слабыя" за іншых, што, нічым не даказана, то, па-першае, патрабаваньні да грубае фізычнае сілы ў вытворчасьці ўсё памяншаюцца, па-другое, самая вытворчая праца нясумненна ўплывае аздараўляючым, дакладнее прыстасавальным чынам, а практычныя сацыяльна-гігіенічныя мерапрыемствы павінны дапамагаць гэтаму прыстасаваньню.

Мы ня выканалі-б да канца сваёй задачы, калі-б коратка не закранулі асноўнага, па сутнасьці, сацыяльна-гігіенічнага мерапрыемства, якое неабходна для аздараўленьня дэклясаванага яўрэйства,—аздараўленьня сацыяльнага і гігіенічнага. Само сабой зразумела, што гэтае мерапрыемства магчыма толькі ў савецкіх умовах—ва ўмовах краіны, якая будуе сацыялістычную гаспадарку, у якой „кожны цьвічок" прыгадзіцца, якая ня можа ня быць зацікаўлена ў рацыянальным выкарыстаньні *ўсіх* вытворчых сіл. У сутнасьці, гэтае мерапрыемства ўжо і зьдзейсьняецца, і нам застаецца толькі паказаць на некаторыя моманты, якія маюць значэньне пры правядзеньні гэтага мерапрыемства ў жыцьцё і якія выцякаюць з нашага сацыяльна-гігіенічнага дасьледваньня. Мы, такім чынам, пераходзім да галіны сацыяльнае палітыкі, частку якой, як мы ўжо паказалі ў самым пачатку нашай працы, складае практычная сацыяльная гігіена. У гэтай галіне мы маем прыгожую працу *Ларына* [120]) аб сацыяльнай структуры яўрэйскага насельніцтва СССР. Вось што ён піша: „Значна большае разьвіцьцё беспрацоўя сярод яўрэйскіх рабочых і служачых у параўнаньні з астатнім пралетарыятам краіны; устойліва безнадзейнае становішча беспрацоўя ў сілу самога становішча некаторых галін рамясла і курсу на пашырэньне службовага апарату; адсутнасьць мер па ўцягненьню навучаных тэхнічна альбо саматужна рук у адчуваючую патрэбу ў іх прамысловасьць геаграфічна іншых раёнаў СССР; немагчымасьць існаваўшай да рэвалюцыі эміграцыі за межы для атрыманьня там заняткаў у прамысловасьці—гэтыя чатыры прычыны стварылі зусім новае, *эканамічна-рэакцыйнае* (курсыў наш—*С. Д.)*, але цалкам зразумелае зьявішча ў савецкай гаспадарчай дзейнасьці, а іменна: у наш век індустрыялізацыі пачаўся адліў індустрыяльнага яўрэйскага насельніцтва СССР у сельскую гаспадарку, пачалося „распрамысловаваньне", дэіндустрыялізацыя часткі савецкага пралетарыяту і саматужнікаў-рамесьнікаў". Мы можам зараз дадаць на падставе нашых матар'ялаў, што перасяленьне з гораду для заняткаў сельскай гаспадаркай, бязумоўна, зьвязана і з сацыяльна-гігіенічнымі ўскладненьнямі, паколькі асноўныя кадры перасяляючыхся зьяўляюцца ўжо прыстасаванымі да ўмоў гарадзкога жыцьця і перамена іх зьвязана з глыбокімі зьменамі ва ўсёй сыстэме прыстасавальных мэханізмаў. Трудна зараз сказаць, колькі будуць каштаваць яўрэйскаму насельніцтву гэтыя зьмены, але вядомы „сацыяльна-гігіенічны" накладны выдатак, бязумоўна, неабходна прадбачыць, калі не прыстасаваць да пераходзячага на зямлю яўрэйскага насельніцтва новае для яе сельскае гаспадаркі. Мы ўпэўнены, што іменна ў вядомай проціспраўднасьці ў эканамічным сэнсе і ў вядомых небясьпеках у сацыяльна-гігіенічных адносінах ляжыць галоўная прычына, чаму дэклясаванае яўрэйства так неахвотна пераходзіць на зямлю. Задача

сацыяльнага палітыка і заключаецца ў вызначэньні, наколькі ў такіх умовах мэтазгодна выдаткаваць матар'яльныя сродкі і чалавечыя сілы, як гэтыя выдаткаваньні рабіць найменшымі пры найбольшых выніках і ці надоўга гэтыя выдаткаваньні робяцца. Апошняе пытаньне нам здаецца зусім не праздным. Калі нармальны рух—з сяла ў горад, а не наадварот, то трэба сказаць, што ўжо наступнае пакаленьне перасяляючыхся будзе захоплена іменна гэтым нармальным рухам, і трэба думаць, што ўжо зараз гэтае пакаленьне адпаведным чынам і падрыхтоўваецца. Бязумоўна, гэта неабходна праверыць, але трэба таксама памятаць, што *культурным* будаўніцтвам можа быць толькі *моцнае* будаўніцтва. Вось чаму ў пытаньні аб прыцягненьні дэклясаванага яўрэйства да вытворчае працы так важна вырашыць, да якое іменна працы—важна ня столькі з пункту погляду праходзячых індывідуальных інтарэсаў дэклясаваных яўрэяў, колькі з-за глыбокіх сацыяльна-эканамічных і сацыяльна-гігіенічных інтарэсаў, якія гэтым пытаньнем закранаюцца. Нам здаецца, што адказ можа быць адзін: дэклясаванае яўрэйства павінна быць індустрыялізавана, таму што гэта адпаведае эканамічным пэрспэктывам краіны і сацыяльна-гігіенічным інтарэсам гэтай групы насельніцтва. Ва ўсякім разе немэтазгодна і неэканомна перасяляць дэклясаваных яўрэяў на зямлю ва ўмовы экстэнсыўнае эксплёатацыі яе, а сельская гаспадарка толькі індустрыялізаваная можа быць магчымай санітарна-бытавой умовай больш альбо менш блізкай урбанізаванаму дэклясаванаму яўрэйству.

Самая пастаноўка пытаньня аб дзяржаўным рэгуляваньні лёсу дэклясаванага яўрэйства магчыма толькі з пачаткам агалашэньня ідэі практычнага камунізму, аб якім праф. *Бруцкус* пісаў у цытаваным ужо артыкуле[29]: „Ідэя стварэньня дзяржаўнага капіталізму пад уладай дыктатуры таксама утапічна, як хуткае ажыцьцяўленьне самога камунізму. Для таго, каб адраджэньне Расіі ішло хутка, улада павінна зусім адмовіцца ад камунізму, абмежаваць свае функцыі і абвясьціць слабоду грамадзкіх адносін"...

А вышла наадварот: дэклясаванае яўрэйства, падтрымліваемае „слабодай грамадзкіх адносін", зможа заняцца вытворчай працаю толькі „пад уладай дыктатуры". Але дэклясаваныя яўрэі „ня могуць цалкам выкарыстаць правы і магчымасьці, даваемыя ім нацыянальным роўнапраўем, ня маюць магчымасьці падняцца на вышэйшую ступень разьвіцьця і дагнаць такім чынам ушоўшыя ўперад нацыянальнасьці, без сапраўднае і працяглае дапамогі з боку... Яшчэ дзесяты зьезд нашай партыі зазначыў, што „зьнішчэньне фактычнага нацыянальнага нераўнества ёсьць працяглы працэс, які патрабуе ўпартае і настойлівае барацьбы з усімі перажыткамі нацыянальнага ўціску і каланіяльнага нявольніцтва... Таму, барацьба з ліквідацыяй фактычнага нераўнества нацыянальнасьцяй, барацьба за падняцьце культурнага і гаспадарчага ўзроўню адсталых народаў зьяўляецца другой чарговай задачай нашай партыі" (*Сталін*[121]).

Дэклясаванае яўрэйства, як мы бачым, сапраўды, культурна і гаспадарча адсталы народ, на які павінны быць распаўсюджаны ўсе практычныя вывады з прыведзенае цытаты.

Але арыгінальныя ўмовы жыцьця дэклясаванага яўрэйства павінны складаць аб'ект асобных клопатаў ня толькі, як умовы ўсякай „акраіннай нацыянальнасьці": дэклясаванае яўрэйства ёсьць, перш за усё, „*сацыяльная* акраіна", і дзяржава *сацыяльнай* рэвалюцыі ня можа не займайцца аздараўленьнем усіх „сацыяльных акраін", у тым ліку і гэтай, быць можа, самай трагічнай, і, напэўна, самай агіднай, якая дасталася нам у спадчыну ад мінулага рэжыму.

ТАБЛІЦЫ *)

*) Увага: На жаль, па тэхнічнаму недагляду я прапусьціў нумарацыю асобных граф ва ўсіх табліцах. Прашу таксама зьвярнуць увагу на тое, што пры малых абсалютных лічбах вылічаныя адносіны ня маюць асобнага значэньня. *С. Д.*

Табліца № 1.

Заняткі абсьледваных.

Лічбы па прафэс. групіроўках	Лічбы па ітогах	Калі пачалі займацца данай прафэсіяй: Да імп. вайны		У час імп. вайны		Пасьля Кастр. рэвал.		Не паказана		Разам		З іх: Навучаўся інш. праф.		Зьмяняў заняткі	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Земляробы .	Абс.	6	40,0	4	26,6	2	13,3	3	20,0	15	100	2	13,3	6	40,0
	%	1,2	—	5,6	—	0,7	—	5,8	—	2,2	—	1,6	—	1,9	—
Саматужнікі .	Абс.	153	60,5	15	5,9	68	26,9	17	6,7	253	100	30	11,4	80	31,6
	%	49,7	—	20.8	—	25,0	—	32,7	—	35,5	–	24,3	–	25.0	—
Лотачнікі . .	Абс.	18	16.8	24	21,8	60	56,1	5	5,3	107	100	31	28,9	84	78,5
	%	5,8	—	33,3	–	21,4	—	9,7	—	15,0	—	25,0	—	26,2	—
Стар'яўшчыкі	Абс.	6	27,2	3	13,6	12	54,5	1	4,7	22	100	4	18,1	12	54,5
	%	1,9	—	4,2	—	4,3	—	1,9	—	3,1	—	3,2	—	3,8	—
Гандляры . .	Абс.	47	51,6	9	9,8	27	29,7	8	8,9	91	100	11	12,1	41	45,1
	%	15,2	—	12,4	—	9,6	—	15,2	—	12,8	—	8,9	—	12,8	—
Чорнарабочыя	Абс.	10	18,1	1	1,8	40	72.7	4	7,4	55	100	18	32,7	29	52,7
	%	3,2	—	1,4	—	14.3	—	7,7	—	7.7	—	14.5	—	9,1	—
Насільшчыкі .	Абс.	4	22,2	2	11,1	10	55,6	2	11,1	18	100	6	33,3	9	50,0
	%	1,2	—	2,8	—	3,6	—	3,8	—	2,5	—	4,8	—	2,8	—
Служачыя. .	Абс.	32	56,1	4	7,0	18	31,6	3	5,3	57	100	2	3,5	12	21,1
	%	10,4	—	5,6	—	6,5	—	5,8	—	8,0	—	1,6	—	3.8	—
Рэліг. служач.	Абс.	26	55.3	2	4,2	15	31,9	4	8,6	47	100	9	19,5	21	—
	%	8.4	—	2,8	—	5,4	—	7,7	—	6.6	—	7,3	—	6.4	—
Іншыя. . .	Абс.	6	17.7	1	2,9	22	64,7	5	14.7	34	100	6	17.7	20	58,8
	%	1,9	—	1,4	—	7.8	—	9,7	—	4,8	—	4,8	—	6,3	—
Жабракі .	Абс.	—	—	7	53,8	6	46,2	—	—	13	100	5	38,5	6	46,1
	%	—	—	9.7	-	2,1	—	—	—	1,8	—	4,0	—	1,9	—
Усяго . . .	Абс.	308	43,3	72	10,1	280	39,3	52	7,3	712	100	124	17,4	320	45,0
	%	100	—	100	—	100	-	100	—	100	36.0	100	—	100	—
Хатнія гаспадыні. . .	Абс.	95	25,7	31	8.4	121	32,8	122	33,1	369	100	96	26,0	180	48,8
	%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18,6	—	—	—	—
Дзеці . . .	Абс.	—	—	—	—	—	—	—	—	351	—	—	—	—	—
	%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17,7	—	—	—	—
Вучні . . .	Абс.	—	—	—	—	—	—	—	—	511	—	—	—	—	—
	%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	25,8	—	—	—	—
Утрыманцы .	Абс.	—	—	2	5,0	38	95,0	—	—	40	100	5	12,3	6	15,0
	%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,9	—	—	—	—
Разам .	Абс.	—	-	—	—	-	—	—	—	1983	—	—	—	—	—
	%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	—	—	—	—

Табліца № 2.

Занятki бацькоў абсьледваных

Заняткі бацькоў \ Заняткі абсьледв.		Земляроб	Саматужн.	Лотачнік	Чорнарабочыя	Насільшчык	Рэлігійных служ.	Служачыя	Старызьнікі	Гандляры	Іншыя	Жабракі	Усяго	Домаўласьнікі	Дзеці	Вучні	Утрыманцы
Земляробы	Абс.	6	14	5	3	—	—	3	—	5	4	—	40	19	—	7	1
	%	40,0	5,9	4,7	5,5	—	—	5,3	—	5,5	11,8	—	5,6	5,2	—	1,4	2,5
Саматужнікі	Абс.	2	141	37	26	9	11	11	10	23	11	6	287	164	—	209	3
	%	13,4	55,8	34,6	47,3	50,0	23,4	19,3	45,5	25,3	32,4	46,1	40,3	44,4	—	40,9	7,5
Лотачнікі	Абс.	—	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	4	1	—	7	—
	%	—	0,8	0,9	—	5,6	—	—	—	—	—	—	0,6	0,3	—	1,4	—
Старызьнікі	Абс.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	8	—
	%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,5	—	1,6	—
Гандляры	Абс.	1	22	31	8	—	10	10	4	42	5	—	133	64	—	118	10
	%	6,6	8,6	28,9	14,5	—	21,3	17,5	18,2	46,1	14,7	—	18,6	17,3	—	23,1	25,0
Чорнарабочыя	Абс.	2	6	5	3	—	—	—	1	1	1	1	20	7	—	21	4
	%	13,4	2,4	4,7	5,5	—	—	—	4,5	1,1	2,9	7,7	2,8	1,9	—	4,1	10,0
Насільшчыкі	Абс.	—	4	—	1	2	—	1	1	—	—	—	9	4	—	12	—
	%	—	1,5	—	1,8	11,1	—	1,7	4,5	—	—	—	1,3	1,1	—	2,3	—
Служачыя	Абс.	—	10	6	3	1	—	12	2	6	5	—	45	22	—	61	3
	%	—	3,9	5,6	5,5	5,6	—	21,1	9,1	6,6	14,7	—	6,5	6,0	—	11,9	7,5
Рэліг. служач.	Абс.	1	23	15	5	1	22	11	—	6	1	3	88	48	—	32	4
	%	6,6	9,1	14,0	9,1	5,6	46,8	19,3	—	6,6	2,9	23,1	12,2	13,0	—	6,3	10,0
Іншыя	Абс.	3	16	5	1	—	3	4	—	3	2	2	39	31	—	13	5
	%	20,0	6,2	4,7	1,8	—	6,4	7,0	—	3,3	5,9	15,4	5,5	8,4	—	2,5	12,5
Жабракі	Абс.	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	1	3	—	—	—	—
	%	—	—	—	3,6	—	—	—	—	—	—	7,7	0,4	—	—	—	—
Рабочыя	Абс.	—	9	2	1	—	1	2	2	3	—	—	20	7	—	2	—
	%	—	3,5	1,9	1,8	—	2,1	3,5	9,1	3,3	—	—	2,8	1,9	—	0,4	—
Не паказана	Абс.	—	6	—	2	4	—	3	2	2	5	—	24	—	—	21	10
	%	—	2,3	—	3,6	22,1	—	5,3	9,1	2,2	14,7	—	3,4	—	—	4,1	25,0
Усяго	Абс.	15	253	107	55	18	47	57	22	91	34	13	712	369	351	511	40
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	—	100	100

Табліца № 3.

	Нараджэньні					Сьмяротнасьць				
	1897	1923	1924	1925	1926	1897	1923	1924	1925	1926
Яўрэі – г. Менск . .	—	37,3	35,4	32,6	30,0	—	11,3	12,3	12,8	11,7
Неяўр. „ . . .	—	33,5	29,9	32,9	32.4	—	21,3	20,4	17.8	17,4
Неяўр. БССР . . .	47,25	—	40.0	42.9	41,5	28,73	—	15,7	19.4	15,3
Яўрэі „	29,25	—	30,2	30,9	29,0	15,94	—	10.8	11,5	10,1
Яўрэі акруг. гарадоў .	—	—	34,4	35,6	33.5	—	—	13,7	14,8	12,5
Яўрэі іншых гарадоў і мястэчак . . .	—	—	—	24,4	23.7	—	—	—	8,6	8,2

	Прырост					1927 г.		
	1897	1923	1924	1925	1926	Нарадж.	Сьмяр.	Прыр.
Яўрэі—г. Менск . .	—	26,0	23,1	19,8	18,3	—	—	—
Неяўр. „	—	12,2	9,5	15,1	15,0	—	—	—
Неяўр. БССР . . .	18,52	—	24,3	23,5	26,2	41,3	14,7	26.6
Яўрэі „ . . .	13,31	—	19,4	19,4	18,9	26,3	9,1	17,2
Яўрэі акруг. гарадоў . .	—	—	20,7	20,8	21,0	—	—	—
Яўрэі іншых гарадоў і мястэчак	—	—	—	15,8	15,5	—	—	—

	Шлюбы				Разводы			
	1924	1925	1926	1927	1924	1925	1926	1927
Яўрэі—г. Менск . . .	28,4	22,5	21,1	—	—	3,8	3,7	—
Неяўр. „	31,0	27.2	30,6	—	—	7,5	7,6	—
Неяўр. БССР . . .	19,8	21,3	20.2	17.1	—	2,6	3,5	3,2
Яўрэі	20,6	20.8	18,5	17,1	—	1.9	2,2	2,3
Яўрэі акруг. гарадоў . .	27,0	26,7	24,0	—	—	3,6	3,3	—
Яўрэі іншых гарадоў і мястэчак	—	13,1	12,2	—	—	0.9	1,2	—

Бюджэт і працаздольныя члены сем'яў і зарабляючыя члены сем'яў

Табліца № 4.

	Працаздольныя						Разам	Зарабляюч.			Атрымл. дапамогу з боку.	Разам працаздольн.	З іх зарабляюч.		% сем'яў, што атрым. дапамогу.
	1	2	3	4	5	Працазд. няма.		1	2	3			Абс.	%	
10 руб. і менш.	28	11	3	1	—	19	62 6,3 %	42	—	—	49	63	42	66,7	79,0
10—20	60	63	14	3	—	32	172 17,5 %	123	7	1	103	240	140	54,2	59,9
20 - 30	76	126	23	3	—	31	259 26,4 %	228	12	—	37	409	252	61,6	33,6
30—40	102	112	25	8	4	14	265 27,0 %	181	20	—	41	453	221	48,8	15,5
40—50	13	74	17	5	4	4	117 11,9 %	93	24	—	20	252	141	55,9	17,1
50—60	6	38	10	5	2	1	62 6,3 %	38	21	—	12	142	80	56,4	19,4
60—70	4	10	4	3	—	—	21 2,2 %	13	6	1	2	48	28	58,3	9,5
70—80	—	11	2	1	1	—	15 1,5 %	4	10	1	—	37	27	73,0	—
80—90	1	4	4	—	—	—	9 0,9 %	3	6	—	1	21	17	80,9	11,1
90 і больш.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Усяго сем'яў	290	449	102	29	11	101	982	725	107	3	315	1665	949	56,9	32,1
Разам працаздольн. асоб	290	898	306	116	55	—	100 %	725	214	9	—	—	—	—	—
	1665							948							
Бюджэт	10 і м.	10—20	20—30	30—40	40—50	50—60	60—70	70—80	80—90	Разам.	—	—	—	—	—
% сем'яў, у якіх адс. працазд.	30,6	18,9	11,9	5,3	3,4	1,6	—	—	—	10,3	—	—	—	—	—
На 1 сям'ю непрацазд.	1	1,4	1,6	1,7	2,1	2,3	2,5	2,5	2,3	1,7	—	—	—	—	—

Табліца № 5.

	Бюджэт і харчаваньне								Бюджэт і вопратка							
	Тлушчу не хапае		Цукру не хапае		Ня маюць штодзённа гарач.		Разам		Бялізны не хапае		Верхняй вопраткі не хапае		Абутку не хапае		Зімняй вопраткі не хапае	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
10 р. і м.	59	95,2	26	41,9	14	22,6	62	100	36	58,1	56	91,3	40	65,5	58	93,5
10—20	166	96,5	82	47,7	34	19,8	172	100	116	67,4	155	90,1	130	75,6	161	93,6
20—30	248	95,7	95	36,7	17	6,6	259	100	149	57,5	167	65,5	133	33,2	119	46,0
30—40	180	68,0	91	34,3	10	3,8	265	100	130	39,1	168	43,4	130	49,1	170	64,2
40—50	94	80,3	26	22,2	3	2,6	117	100	66	56,4	81	69,2	59	50,4	76	64,9
50—60	47	75,8	9	14,5	1	1,6	92	100	22	35,5	30	61,3	32	51,6	29	46,8
60—70	18	85,7	5	23,8	—	—	21	100	8	38,1	12	57,1	10	52,4	11	52,4
70—80	13	86,7	5	33,3	1	6,7	15	100	8	53,3	11	73,3	11	66,7	10	66,7
80—90	6	66,7	2	29,2	—	—	9	100	6	66,7	7	77,8	4	44,4	5	55,6
Бюджэт не паказаны	137	63,0	55	25,2	26	12,0	218	100	56	25,7	65	30,0	70	32,1	27	12,4
Разам	968	80,7	396	33,0	106	8,8	1200	100	597	49,0	760	63,3	619	51,6	666	55,5
Чарговасьць задаваленьня	VII		II		I				III		VI		IV		V	

Табліца № 6.

Сярэдняя плошча на аднаго жыхара.

Па ўсіх абсьледваных				У залежнасьці ад ліку членаў сям'і										
	Абс.	%		1 ч.	2 ч.	3 ч.	4 ч.	5 ч.	6 ч.	7 ч.	8 ч.	9 ч.	10 ч.	11 ч.
Да 1 кв. м.	338	30,7	Абс.	—	27	82	82	34	50	26	21	8	6	2
			%	—	13,3	37,9	39,2	18,5	42,7	44.0	63,6	88.9	100,0	100,0
1—2 кв. м.	482	44,2	Абс.	11	92	82	123	84	53	27	10	—	—	—
			%	19,3	45,3	37,9	58,9	45,7	45,3	45,8	30,3	—	—	—
2—3 кв. м.	202	18,4	Абс.	28	54	43	4	51	13	6	2	1	—	—
			%	49,1	26,6	20,1	1,9	27,7	11,1	10,2	6.1	11,1	—	—
4—5 кв. м. і больш.	73	6,7	Абс.	18	30	9	—	15	1	—	—	—	—	—
			%	31,6	14,8	4,1	—	8,1	0,9	—	—	—	—	—
Разам	1095	100	Абс.	57	203	216	209	184	117	59	33	9	6	2
			%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Разьмяшчэньне кватэр.

	Абс.	%		Абс.	%
У паверхах	971	84,2	У камунальным доме	183	16,3
У сутарэньнях	59	5.1	У прыватным доме	808	72,1
У паўсутарэньнях	90	7,8	У ўласным доме	130	11,6
У мансардах	33	2,9			
Разам	1153	100		1121	100

	Абс.	%		Абс.	%		Абс.	%
Сьветлыя	932	81,5	Сухія	521	51,5	Цёплыя	457	48,4
Цёмныя	215	18,5	Вільготн.	490	48,5	Сьцюдзёныя	487	51,6
Разам	1147	100		1011	100		944	100
Форткі ёсьць	494	53,6	Вадапр.	261	27,0	Трым. чыста	623	56.2
„ няма	247	46,5	„ няма	704	73,0	„ брудна	485	43,8
Разам	921	100		965	100		1108	100

Табліца № 7

Склад сям'і і кватэрныя ўмовы.

	У 1-м пакоі				У 2-х пакоях				У 3-х пакоях				Разам			
	Асобн.	Агул.	Не паказ.	Разам	Асобн.	Агул.	Не паказ.	Разам	Асобн.	Агул.	Не паказ.	Разам	Асобн.	Агул.	Не паказ.	Разам.
1 чал	7	34	2	43	1	1	—	2	—	1	1	2	8	36	3	47
2 „	30	98	8	136	28	22	4	54	4	2	1	7	62	122	13	197
3 „	25	72	7	104	44	35	—	79	8	4	1	13	77	111	8	196
4 „	22	47	3	72	56	40	6	102	18	6	3	27	96	93	12	201
5 „	19	27	3	49	48	38	6	92	32	7	—	39	99	72	9	180
6 „	6	7	2	15	40	31	1	72	23	4	2	29	69	42	5	116
7 „	5	2	2	9	16	7	2	25	16	3	2	21	37	12	6	55
8 „	1	1	—	2	13	3	3	19	9	1	—	10	23	5	3	31
9 „	—	—	—	—	1	1	—	2	6	1	—	7	7	2	—	9
10 „	2	—	—	2	2	—	—	2	1	—	1	2	5	—	1	6
11 „	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	1	1	—	1	2
Разам	117	288	27	432	249	178	23	450	118	29	11	158	484	495	61	1040
У %% па катэгор. кват.	26,4	67,4	6,2	100	55,3	39,6	5,1	100	74,7	18,4	6,9	100	46,5	47,6	5,9	100
У %% да ўсіх	—	—	—	41,5	—	—	—	43,3	—	—	—	15,2	—	—	—	100

Таблiца № 8.

Склад сям'i i кватэрныя ўмовы

	У 1 пакоi		У 2 пакоях		У 3 пакоях		Разам		У асобн. кватэры		У агульн. кватэры		Не паказана		Члены сям'i па катэгор.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1 чал.	43	90,6	2	4,3	2	4,3	47 4,5%	100	8	17,0	36	80,9	3	2,1	47	1,1
2 "	136	69,0	54	27,5	7	3,5	197 18,9%	100	62	31,5	122	61,9	13	6,6	394	9,3
3 "	104	53,1	79	40,3	13	6,6	196 18,8%	100	77	39,3	111	56,6	8	4,1	588	14,0
4 "	72	35,9	102	50,7	27	13,4	201 19,4%	100	96	47,8	93	46,2	12	6,0	804	19,0
5 "	49	27,2	92	51,1	39	21,7	180 17,3%	100	99	55,0	72	40,0	9	5,0	900	21,3
6 "	15	13,0	72	62,0	29	25,0	116 11,1%	100	69	59,5	42	36,2	5	4,3	696	16,5
7 "	9	16,2	25	45,5	21	38,3	55 5,3%	100	37	67,3	12	21,8	6	10,9	385	9,1
8 "	2	6,5	19	61,2	10	32,3	31 3,0%	100	23	74,2	5	16,1	3	9,7	248	5,9
9 "	—	—	2	22,2	7	77,8	9 0,9%	100	7	77,8	2	22,2	—	—	81	1,9
10 "	2	33,3	2	33,3	2	33,3	6 0,6%	100	5	83,3	—	—	1	16,7	60	1,4
11 "	—	—	1	50,0	1	50,0	2 0,2%	100	1	50,0	—	—	1	50,0	22	0,5
Разам	432	41,5	450	43,3	158	15,2	1040 100%	100	284	46,5	495	47,6	61	5,9	4225	—
Разам чалавек	1349	31,9	2023	47,9	853	20,2	4245	100	2223	52,6	1739	41.2	263	6,2	—	100
На 1 сям'ю чалавек	3,0	—	4,5	—	5,4	—	4,1	—	4,6	—	3,5	—	4,3	—	—	—

Табліца № 9.

Месяца нараджэньня.

Узрост	Пол	Горад Абс.	Горад %	Мястэчка Абс.	Мястэчка %	Сяло Абс.	Сяло %	Усяго Абс.	Усяго %	Узрост	Пол	Горад Абс.	Горад %	Мястэчка Абс.	Мястэчка %	Сяло Абс.	Сяло %	Усяго Абс.	Усяго %
	М.	61	—	1	—	—	—	62	—		М.	45	—	37	—	8	—	90	—
0—3	Ж.	40	—	—	—	—	—	40	—	35—44	Ж.	86	—	77	—	4	—	167	—
	Разам	101	99	1	1	—	—	102	100		Разам	131	51,3	114	44	12	4,7	257	100
	М.	100	—	2	—	—	—	102	—		М.	50	—	65	—	3	—	118	—
4—7	Ж.	106	—	4	—	—	—	110	—	45—54	Ж.	56	—	73	—	8	—	137	—
	Разам	206	97,2	6	2,8	—	—	212	100		Разам	106	41,6	138	54,1	11	4,3	255	100
	М.	190	—	12	—	—	—	202	—		М.	34	—	70	—	5	—	109	—
8—14	Ж.	198	—	22	—	—	—	220	—	55—64	Ж.	33	—	47	—	5	—	85	—
	Разам	388	92	34	8	—	—	422	100		Разам	67	34,5	117	60,3	10	5,2	194	100
	М.	59	—	9	—	—	—	68	—		М.	34	—	30	—	—	—	64	—
15—19	Ж.	96	—	19	—	1	—	116	—	65—74	Ж.	11	—	19	—	—	—	30	—
	Разам	155	84,3	28	15,2	1	0,5	184	100		Разам	45	47,8	49	52,2	—	—	94	100
	М.	16	—	3	—	—	—	19	—		М.	15	—	11	—	1	—	27	—
20—24	Ж.	39	—	8	—	—	—	47	—	75 і б.	Ж.	1	—	1	—	1	—	3	—
	Разам	55	83,5	11	16,5	—	—	66	100		Разам	16	53,3	12	40	2	6,7	30	100
	М.	40	—	20	—	—	—	60	—		М.	644	—	260	—	17	—	921	—
25—34	Ж.	72	—	40	—	3	—	115	—	Ітог	Ж.	738	—	310	—	23	—	1071	—
	Разам	112	64	60	34,3	3	1,7	175	100		Разам	1382	69,3	570	28,7	40	2	1992	100

Табліца № 10.

Перанесеныя захварэньні.

Узрост		Водра			Шкарлятына			Наразыт. тыфусы і не паказ.			Брушны тыфус			ІНШЫЯ			Не хварэлі			УСЯГО		
		М.	Ж.	а.п.	М.	Ж.	а.п.	М.	Ж.	а.п.	М.	Ж.	а.п.	М.	Ж.	а.п.	М.	Ж.	а.п.	М.	Ж.	а.п.
0—3 . .	Абс.	16	37	53	2	7	9	—	1	1	—	—	—	33	25	58	18	11	29	62	40	102
	%	25,8	92,5	52,0	3,2	17,5	8,8	—	2,5	1,0	—	—	—	53,2	62,5	56,9	29,0	27,5	28,4	—	—	—
4—7 . .	Абс.	59	66	125	29	25	54	2	8	10	4	—	4	76	78	154	7	8	15	102	110	212
	%	57,8	60,0	58,9	28,4	22,7	25,5	2,0	7,3	4,7	3,9	—	1,9	74,3	70,9	72,6	6,9	7,3	7,1	—	—	—
8—14 . .	Абс.	169	192	361	48	64	112	41	52	93	5	1	6	126	174	300	8	4	12	202	220	422
	%	83,7	87,3	85,5	23,8	29,1	26,5	20,3	23,6	22	2,5	0,5	1,4	62,4	79,1	71,1	3,9	1,4	2,8	—	—	—
15—19 . .	Абс.	60	101	161	23	34	57	25	52	77	—	8	8	36	81	117	1	2	3	68	116	184
	%	88,2	87,1	87,5	33,8	29,3	31,0	36,8	44,8	41,8	—	6,9	4,3	52,9	69,8	63,6	1,5	1,7	1,6	—	—	—
20—24 . .	Абс.	9	38	47	1	16	17	7	28	35	—	4	4	8	23	31	4	3	7	19	47	66
	%	47,4	80,9	71,2	5,3	34	25,8	36,8	59,6	53	—	8,5	6,1	42,1	48,9	47	21,1	6,4	10,6	—	—	—
25—34 . .	Абс.	36	66	102	15	32	47	52	61	113	8	13	21	36	67	103	3	7	10	60	115	175
	%	60,0	57,4	58,9	25,0	27,8	26,9	86,7	53,0	64,6	13,3	11,3	12,0	60,0	60,0	58,3	5,0	6,1	5,7	—	—	—
35—44 . .	Абс.	49	171	166	11	26	37	41	80	121	8	22	30	55	99	154	12	11	23	90	167	257
	%	54,4	70,1	64,6	12,2	15,6	14,4	45,6	47,9	46,7	8,9	13,2	11,7	61,1	59,3	59,9	13,3	6,6	8,9	—	—	—
45—54 . .	Абс.	61	96	157	15	27	42	58	73	131	4	11	15	81	89	170	6	13	19	118	137	255
	%	51,7	70,1	61,6	12,7	19,8	16,5	49,1	53,3	51,4	3,4	8	5,9	68,6	65	66,7	5,1	9,5	7,5	—	—	—
55—64 . .	Абс.	60	52	112	14	18	32	58	47	105	6	6	12	59	58	117	12	8	20	109	85	194
	%	55,0	61,2	57,7	12,8	21,2	16,5	53,2	55,3	54,1	5,5	7,1	6,2	54,1	68,2	60,3	11,0	9,4	10,3	—	—	—
65—74 . .	Абс.	33	18	51	10	4	14	17	16	33	2	1	3	35	18	53	8	3	11	64	30	94
	%	51,6	60,0	54,3	15,6	13,3	14,9	26,6	53,3	35,1	3,1	3,3	3,2	54,7	60,0	56,4	12,5	10,0	11,7	—	—	—
75 і бол. .	Абс.	5	1	6	—	1	1	11	—	11	—	—	—	16	1	17	1	2	3	27	3	30
	%	18,5	33,3	20,0	—	33,3	3,3	40,7	—	36,7	—	—	—	59,3	33,3	56,7	3,7	66,7	10,0	—	—	—
Разам .	Абс.	557	784	1341	168	254	422	312	418	730	37	66	103	561	713	1274	80	72	152	921	1071	1992
	%	60,5	73,2	67,3	18,2	23,7	21,2	33,9	39,0	36,6	4	6,2	5,2	60,9	66,6	63,9	8,7	6,7	7,6	—	—	—

Табліца № 11.

Становішча харчаваньня.

		Добрае			Здавальняючае			Дрэннае			Усяго		
		М.	Ж.	а. п.	М.	Ж.	а. п.	М.	Ж.	а. п.	М.	Ж.	а. п.
0—3 . . .	Абс.	10	6	16	30	19	49	18	15	33	58	40	98
	%	17,2	15,0	16,3	51,7	47,5	50,0	31,1	37,5	33,7	100	100	100
4—7 . . .	Абс.	6	7	13	33	48	81	62	55	117	101	110	211
	%	5,9	6.4	6.2	32,7	43.6	38,4	61.4	50	55,4	100	100	100
8—14 . . .	Абс.	8	6	14	48	60	108	141	154	295	197	220	417
	%	4,1	2,7	3,3	24,4	27,2	23,5	71,5	70,1	73,2	100	100	100
15—19 . . .	Абс.	5	8	13	22	75	97	36	33	69	63	116	179
	%	7.9	6.9	7,3	34,9	64,7	54,2	57,2	28,4	38,5	100	100	100
20—24 . . .	Абс.	3	3	6	10	28	38	6	15	21	19	46	65
	%	15,8	6,5	9,2	52,6	60,9	58,5	31,6	32,6	32,3	100	100	100
25—34 . . .	Абс.	3	22	25	35	54	89	22	38	60	60	114	174
	%	5.0	19,3	14.4	58.3	47,4	51,2	36,7	33,3	34,4	100	100	100
35—44 . . .	Абс.	20	31	51	36	70	106	34	64	98	90	165	255
	%	22.2	18.8	20,0	40.0	42,6	41.6	37,8	38,6	38,4	100	100	100
45—54 . . .	Абс.	13	27	40	41	57	98	62	53	115	116	137	253
	%	11.2	19.7	15,8	35,3	41,6	38,7	53.5	38,7	45.5	100	100	100
55—64 . . .	Абс.	13	24	37	34	25	59	60	33	93	107	82	189
	%	12,1	29,3	19,6	31,8	30,5	31,2	56,1	40,2	49.2	100	100	100
65—74 . . .	Абс.	8	8	16	16	9	25	36	13	49	60	30	90
	%	13,3	26,6	17,8	26,7	30,0	27,8	60,0	43,4	54,4	100	100	100
75 і бол. . . .	Абс.	2	—	2	6	2	8	12	1	13	20	3	23
	%	10.0	—	8,7	30,0	66,7	34.8	60,0	33,3	56,5	100	100	100
Разам. .	Абс.	91	142	233	311	447	758	489	474	963	891	1063	1954
	%	10.2	13,4	11,9	34,9	42,1	38,8	54.9	44,5	49,3	100	100	100

Табліца № 12.

Хрыбэт.

		Нармальн.			Сколіоз.			Кіфоз.			Лардоз.			Сутуласьць			Кіфо-скаліоз.			Усяго		
		М	Ж.	а. п.	М.	Ж.	а. п.	М.	Ж.	а. п.	М.	Ж.	а. п	М.	Ж	а. п.	М.	Ж.	а. п.	М.	Ж.	а. п.
0—3. . .	Абс.	57	39	96	—	—	—	—	—	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	58	40	98
	%	98,3	97,5	98,0	—	—	—	—	—	—	1,7	2,5	2,0	—	—	—	—	—	—	100	100	100
4—7. . .	Абс.	84	86	170	11	19	30	—	1	1	—	1	1	2	3	5	—	—	—	97	110	207
	%	86,6	78,3	82,1	11,3	17,3	14,5	—	0,9	0,55	—	0,9	0,55	2,1	2,7	2,4	—	—	—	100	100	100
8—14 . .	Абс.	132	175	307	34	28	62	—	2	2	1	1	2	23	8	31	—	1	1	190	215	405
	%	69,5	81,4	75,8	17,9	13,0	15,3	—	0,9	0,5	0,5	0,5	0,5	12,1	3,7	7,6	—	0,5	0,3	100	100	100
15—19 . .	Абс.	54	95	149	10	14	24	1	—	1	—	—	—	2	7	6	—	—	—	67	113	180
	%	80,6	84,1	82,8	14,9	12,4	13,3	1,5	—	0,6	—	—	—	3,0	3,5	3,3	—	—	—	100	100	100
20—24 . .	Абс.	12	36	48	5	9	14	1	—	1	—	—	—	1	1	2	—	—	—	19	46	65
	%	63,2	78,3	73,8	26,2	19,6	21,5	5,3	—	1,5	—	—	—	5,3	2,1	3,2	—	—	—	100	100	100
25—34 . .	Абс.	30	86	116	20	14	34	1	4	5	1	—	1	7	11	18	1	—	1	60	115	175
	%	50,0	74,8	66,2	33,3	12,2	19,4	1,7	3,5	2,9	1,7	—	0,6	11,6	9,5	10,3	1,7	—	0,6	100	100	100
35—44 . .	Абс.	66	122	188	12	13	25	1	3	4	—	—	—	10	27	37	1	1	2	90	166	256
	%	73,3	73,5	73,4	13,3	7,8	9,8	1,1	1,8	1,6	—	—	—	11,2	16,3	14,4	1,1	0,6	0,8	100	100	100
45—54 . .	Абс.	64	65	129	22	12	34	8	9	17	—	—	—	21	49	70	1	1	2	116	136	252
	%	55,2	47,9	51,2	19,0	8,8	13,5	6,9	6,6	6,7	—	—	—	18,0	36,0	27,6	0,9	0,7	0,8	100	100	100
54—64 . .	Абс.	54	29	83	15	5	20	4	8	12	—	—	—	35	38	73	1	3	4	109	83	192
	%	49,5	34,9	43,2	13,8	6,0	10,4	3,7	9,7	6,2	—	—	—	32,1	44,8	38,0	0,9	3,6	2,2	100	100	100
65—74 . .	Абс.	19	8	27	9	1	10	5	7	12	—	—	—	29	14	43	1	—	1	63	30	93
	%	30,1	26,7	29,0	14,3	3,3	10,8	8,0	23,3	12,9	—	—	—	46,0	46,7	46,2	1,6	—	1,1	100	100	100
75 і больш .	Абс.	3	1	4	1	—	1	3	—	3	—	—	—	15	2	17	—	—	—	22	3	25
	%	13,6	33,3	16,0	4,5	—	4,0	13,6	—	12,0	—	—	—	68,3	66,7	68,0	—	—	—	100	100	100
Разам . .	Абс.	575	742	1317	139	115	254	24	34	58	3	3	6	145	157	302	5	6	11	891	1057	1948
	%	64,5	70,2	67,6	15,6	10,9	13,0	2,7	3,2	3,0	0,3	0,3	0,3	16,3	14,8	15,5	0,6	0,6	0,6	100	100	100

Таблiца № 13

Грудная клетка.

		Плоская			Вузкая			Бачкаватая			Іншыя дэфармац.			Нармальная			Усяго		
		М.	Ж.	а. п.	М.	Ж.	а. п.	М.	Ж.	а. п.	М.	Ж.	а. п.	М.	Ж.	а. п.	М.	Ж.	а. п.
0—3 . .	Абс.	—	—	—	3	2	5	—	—	—	1	1	2	53	37	90	57	40	97
	%	—	—	—	5,3	5,0	5,2	—	—	—	1,7	2,5	2,1	93,0	92,5	92,7	100	100	100
4—7 . .	Абс.	13	9	22	8	10	18	—	—	—	3	—	3	76	89	165	100	108	208
	%	13,0	8,3	10,6	8,0	9,3	8,7	—	—	—	3,0	—	1,4	76,0	82,4	79,3	100	100	100
8—14 . .	Абс.	21	26	47	18	5	23	—	2	2	4	2	6	154	174	328	197	209	406
	%	10.7	12,4	11,6	9,2	2,4	5,7	—	1,0	0,5	2,0	1,0	1,5	78,1	83,2	80,7	100	100	100
15—19 . .	Абс.	9	3	12	8	1	9	—	—	—	1	—	1	48	108	156	66	112	178
	%	13,6	2,7	6,7	12,1	0,9	5,1	—	—	—	1,5	—	0,6	72,8	96,4	87,6	--	—	—
20—24 . .	Абс.	1	6	7	1	9	10	—	—	—	1	—	1	16	30	46	19	45	64
	%	5,3	13,3	10,9	5,3	20.0	15,6	—	--	—	5,3	—	1,6	84,1	66,7	71,9	100	100	100
25—34 . .	Абс.	6	13	19	6	10	16	1	1	2	—	—	—	46	91	137	59	115	174
	%	10,2	11,3	10,9	10,2	8,7	9,2	1,7	0,9	1,2	—	—	—	77,9	79,1	78,7	100	100	--
35—44 . .	Абс.	9	19	28	6	11	17	2	1	3	1	—	1	72	134	206	90	165	225
	%	10,0	11,5	11,0	6,7	6,7	6,7	2,2	0,6	1,2	1,1	—	0,4	80,0	81,2	80,7	100	100	100
45—54 . .	Абс.	24	17	41	13	3	16	12	2	14	2	—	2	66	107	173	117	129	246
	%	20,5	13,2	16.7	11,1	2,3	6,5	10,3	1,6	5,7	1,7	—	0,8	56,4	82,9	70,3	100	100	100
55—64 . .	Абс.	11	10	21	11	7	18	18	6	24	4	3	7	63	59	122	107	85	192
	%	10,3	11,8	10,9	10,3	8,2	9,4	16,8	7,1	12,5	3,7	3,5	3,7	58,9	69,4	63,5	100	100	100
65—74 . .	Абс.	10	2	12	5	—	5	8	3	11	2	2	4	39	16	55	64	23	67
	%	15,6	8,7	13,8	7,8	—	5,8	12,5	13,0	12,6	3,1	8,7	4,6	61,0	69,6	63,2	100	100	100
75 і бол. .	Абс.	6	—	6	1	—	1	3	1	4	—	—	—	11	2	13	21	3	24
	%	28,6	—	25,0	4.8	—	4.2	14,3	33,3	16,7	—	--	—	52,3	66,7	54,1	100	100	100
Разам . .	Абс.	110	105	215	80	58	138	44	16	60	19	8	27	544	847	1491	897	1034	1931
	%	12,2	12,2	12,2	8,9	6.8	7,1	4,9	1,9	3,1	2.1	0.9	1,4	71,9	78,2	76,2	100	100	100

Гады	Вага мужчыны					Вага жанчыны					Рост мужчыны				
	n	M ± σ		m	v	n	M ± σ		m	v	n	M ± σ		m	v
1	—	—	—	—	—		8.33	0,94	0,38	11,28	—	—	—	—	—
2	20	11.65	3.30	0.75	28,5		11,42	1,66	0.38	14,53	15	83,35	3,77	0,75	4,5
3	21	13,4	1,68	0,37	12,54	16	13,00	1,69	0,42	13,00	21	89,83	3.02	0,71	3,1
4	29	14,53	1.25	0,24	8.6	30	13.80	1,89	0,34	13,70	29	93,1	5,52	1,02	5,9
5	25	16,08	1,98	0,40	11,7	28	15,64	1 82	0,34	11,64	25	103,24	4,78	0,95	4,6
6	18	18,1	2,65	0,61	14,6	20	17,55	1,36	0,30	7,75	18	109,23	5,46	1,32	4,9
7	30	18,8	2,6	0,47	13,8	35	19,31	2,78	0,47	14.35	30	116,62	6,26	1,16	5,4
8	22	21,95	2,72	0,62	12,1	36	22,44	2,41	0,40	10.74	22	119,3	2.09	0,44	1,7
9	31	23,41	2,58	0,46	11,02	17	23.24	2,86	0,70	12,31	31	125,83	3,33	0,59	2,6
10	24	25,16	2,61	0,53	10,00	29	25,69	3,56	0,66	13,86	24	127,0	4,3	0,87	3,4
11	31	27,87	3,62	0,63	13,3	32	27,59	3,37	0,60	12,21	31	131,77	8,3	1,5	6,4
12	36	33,22	5,77	1,0	17,3	38	30,97	4,56	0,74	14,72	36	131,94	4,76	0,79	3,5
13	30	35,68	4,45	0,82	12,5	34	34,85	5,98	1,03	17,16	30	141,68	5,81	1,07	4,1
14	26	40,6	6,51	1,3	16,3	27	40,33	4,36	0,84	10,81	26	145,32	7,19	1,43	4,7
15	28	41,77	6,0	1,27	12,3	28	44,21	5,92	1,12	13,39	28	154,51	6,65	1,42	4,3
16	14	48,71	6,41	1,7	13,1	27	47,52	5,51	1,06	11,60	14	156,64	5,61	1,54	3,5
17	13	51,66	6,42	1,8	12,3	23	41,26	5,60	1,17	13,57	13	157,15	5,23	1,45	3,3
18	6	49,66	5,18	1,95	10,4	22	50,04	5,74	1,22	11,47	6	159,33	5.18	1,95	3,2
19	8	55,0	5,97	2,1	10,8	12	51,25	7,63	2,20	14,89	8	164,0	2,93	1,03	1,8
20	7	57,11	5,58	1,86	9 7	10	41,50	6,34	2,01	15,28	7	158,14	5,62	2,12	3,5
21—24	11	55,28	4,66	1,40	8,4	33	52,88	6,32	1.10	11.95	11	162,8	4,39	1,37	2,69
25 - 34	61	57.7	6,45	0,85	11,1	114	55,71	9,13	0,85	16,39	61	162,7	5,6	0,72	3,4
35—44	90	58,73	6.01	0,63	10.2	164	56,07	9,05	0,71	16,14	90	160,24	5,43	0,57	3,3
45—54	115	56,74	6,69	0,61	11,7	136	57,24	10,98	0,94	19,18	115	161,88	5,4	0,51	3,3
55—64	108	54,37	6,87	0,66	12,6	78	55,39	8,13	0,91	14,68	108	158,02	5,87	0,56	3,6
65—74	64	55,45	7,07	0,88	12,7	29	53,96	11,72	2,17	21,72	64	157,81	5,66	0,707	3,3
75 і б	22	54.45	3,74	0,79	6,8	3	51,67	2.49	1,44	4,82	22	157,04	4,93	1,04	3,1

Табліца № 14—15 (працяг).

Гады	Рост жанчыны					Акружын. грудзі мужчыны					Акружын. грудзі жанчыны				
	n	M	±σ	m	v	n	M	±σ	m	v	n	M	±σ	m	v
1	3	81,00	13,49	7,79	16,65	—	—	—	—	—	2	43,00	—	—	—
2	13	81.54	5,62	1,56	6,89	20	49.12	3,69	0.92	7,5	14	49,21	3,28	0,88	6.67
3	16	89,69	3,92	0,98	4,37	21	51,6	3,05	0.72	5.64	16	50,94	6,43	1.61	12,62
4	30	94,83	4,07	0,74	4,29	29	53,2	8,05	1,51	15	30	51,67	2,55	0.47	4,94
5	28	100.86	4.66	0,88	4,62	25	55,45	3,32	0.67	5,9	28	53,50	2,55	0.48	4.77
6	20	108,00	5,52	1.23	5,11	18	56,87	6,91	0,22	12,1	20	54,50	1,94	0,43	3.66
7	35	113,20	6,67	1,11	5,89	30	58,66	5,72	1,04	9,7	35	56.91	3,56	0,61	6,29
8	36	118,31	4,97	0,83	4,20	22	60,52	2,28	0,49	3.2	36	59.58	2,63	0,44	4,42
9	17	121,59	5,21	1,30	4,28	31	61,9	2,85	0,54	4.6	17	59.75	2,77	0,69	4,64
10	29	126,69	6,30	1,17	4,97	24	63.08	3,5	0,44	5,5	29	62,00	3,53	0,65	5.69
11	32	130.56	5,87	1,04	4,50	31	64,87	4,24	0,76	6,1	32	63,68	3.45	0,62	5,42
12	38	136,26	7,70	1,23	5,65	36	67	3,98	0,66	5,8	38	66,24	4,55	0,74	6,87
13	34	141,00	7,02	1,20	4,98	30	68,33	3,70	0,67	5,9	34	70,71	6,73	1.15	9,52
14	27	148,55	5,05	0,97	3,40	26	73.36	4,24	0,84	5,7	27	74,52	5.27	1.01	7.07
15	28	150,36	5,36	1,01	3,56	28	75.95	3.85	0,8	5,0	28	77,75	5,40	1,02	6.95
16	27	149,63	5,20	1,00	3,48	14	78,0	4,53	1,2	5,8	27	79,78	5,33	1,02	6.68
17	23	149.87	5,43	1,13	3,62	13	79,99	3,25	0,9	4,7	23	83,43	5,82	1,21	6,98
18	22	151,82	6,99	1,49	4,60	6	80.83	1,57	0,59	1.9	22	81,45	3,99	0,85	4,90
19	12	150,00	5,70	1,65	3,80	8	84,0	4,64	1,63	5,5	12	81,83	5,03	1,45	6,15
20	10	154,00	5.16	1,63	3,35	7	85,5	4.73	1.78	5,4	10	80,80	2.60	0.82	3,22
21—24	33	152,57	6,51	1,13	4,27	11	85.63	3,49	1,05	4,0	33	78.61	6,52	1,14	8.29
25—34	114	151,79	6,28	0,59	4,14	61	86,91	4,3	0,55	4,4	114	83,63	6,16	0,57	7,37
35—44	164	150.77	5,87	0,46	3,89	90	90,48	5.35	0,56	5,9	164	84,30	6,12	0,48	7,26
45—54	136	149.82	6,37	0.55	4,25	115	86,52	5,4	0,51	6.0	136	85,61	6,73	0,58	7,86
55—64	78	149,03	5,48	0.62	3,68	108	87,4	5.15	0.49	6	78	85,71	5,85	0,66	6,82
65—74	29	145,48	4,38	0,81	3,01	64	87,39	5,36	0,67	6,1	29	83,17	6,33	1,17	7,61
75 і б.	3	150,67	0,47	0,27	0,31	22	89.72	4,41	0,93	4,7	3	84,00	4,55	2,63	5,42

Таблица № 16.

Вариационный ряд.

(Рост мужчин).

Возраст / См.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21—24	25—34	35—44	45—54	55—64	65—74	75 и ст.
71	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
72	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
73	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
74	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
75	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
76	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
77	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
78	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
79	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
80	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
81	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
82	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
83	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
84	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
85	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
86	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
87	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
88	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
89	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
90	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
91	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
92	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
93	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
94	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
95	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
96	—	—	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
97	—	—	—	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
98	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
99	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
100	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
101	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
102	—	—	—	3	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
103	—	—	—	2	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
104	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
105	—	—	—	—	1	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
106	—	—	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Таблица № 16 (продолжение).

Возраст / См.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21—24	25—34	35—44	45—54	55—64	65—74	75 и ст.
107	—	—	—	—	1	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
108	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
109	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
110	—	—	—	—	1	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
111	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
112	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
113	—	—	—	—	1	—	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
114	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
115	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
116	—	—	—	—	—	1	1	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
117	—	—	—	—	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
118	—	—	—	—	—	1	3	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
119	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
120	—	—	—	—	—	1	—	3	4	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
121	—	—	—	—	—	—	1	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
122	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
123	—	—	—	—	—	—	2	—	2	4	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
124	—	—	—	—	—	—	1	2	4	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
125	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
126	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
127	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
128	—	—	—	—	—	—	—	1	3	1	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
129	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
130	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
131	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
132	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	3	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
133	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
134	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
135	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
136	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
137	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	3	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
138	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
139	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
140	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
141	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
142	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
143	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
144	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—

Таблица № 16 (окончание).

Возраст / См.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21—24	25—34	35—44	45—54	55—64	65—74	75 и ст.
145	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
146	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	—	—
147	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	2	1	1	—
148	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
149	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	2	1	2	4	2	—
150	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	2	1	—	5	3	1
151	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	1	2	5	2	1
152	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	1	1	—	—	—	1	—	3	2	1	—	2
153	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	2	—	2	—	—	—	—	4	—	4	3	4
154	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	1	—	1	1	4	4	3	1
155	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	—	1	1	—	3	—	3	5	7	1
156	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	1	—	4	5	8	8	2	2
157	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	3	4	2	10	3	2
158	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	1	1	1	—	—	—	1	9	6	5	7	1
159	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	1	2	4	7	8	5	1
160	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	1	—	8	5	8	11	6	1
161	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	6	4	7	6	3	1
162	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	3	10	8	3	2	1
163	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	2	—	2	6	8	9	5	1	—
164	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	3	4	7	3	2	—
165	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	2	5	4	5	3	—
166	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	1	—	—	3	2	1	3	1	1	1
167	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	3	1	3	—
168	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3	7	4	1	1
169	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	2	5	1	1	1
170	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	5	1	2	—	—
171	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	2	4	1	—	—
172	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
173	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
174	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	2	—	—	—
175	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—
176	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
177	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
178	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
179	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
180	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—
Итог . .	3	15	18	29	25	17	29	22	31	24	31	36	29	26	21	14	13	6	8	7	10	61	90	115	108	64	22

Вариационный ряд.

(Рост женщин). Таблица № 17

Возраст / См.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21—24	25—34	35—44	45—54	55—64	65—74	75 и ст.
68	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
69	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
70	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
71	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
72	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
73	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
74	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
75	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
76	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
77	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
78	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
79	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
80	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
81	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
82	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
83	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
84	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
85	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
86	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
87	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
88	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
89	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
90	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
91	—	—	5	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
92	—	—	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
93	—	—	1	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
94	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
95	—	—	2	3	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
96	—	—	—	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
97	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
98	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
99	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
100	1	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Таблица № 17 (продолжение).

Возраст / См.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21—24	25—34	35—44	45—54	55—64	65—74	75 и ст.
101	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
102	—	—	—	2	2	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
103	—	—	—	—	4	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
104	—	—	—	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
105	—	—	—	—	1	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
106	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
107	—	—	—	1	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
108	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
109	—	—	—	—	—	1	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
110	—	—	—	—	1	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
111	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
112	—		—	—	—	2	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
113	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
114	—	—	—	—	—	1	2	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
115	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
116	—	—	—	—	—	—	—	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
117	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
118	—	—	—	—	—	—	2	3	2	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
119	—	—	—	—	—	1	4	3	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
120	—	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
121	—	—	—	—	—	—	—	4	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
122	—	—	—	—	—	—	2	1	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
123	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
124	—	—	—	—	—	—	1	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
125	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
126	—	—	—	—	—	—	1	1	2	2	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
127	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
128	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
129	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
130	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—
131	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
132	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
133	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	1	1	—	—	—		—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
134	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
135	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
136	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—

Таблица № 17 (окончание).

См. \ Возраст	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21—24	25—34	35—44	45—54	55—64	65—74	75 и ст.
137	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	3	—	1	—	—	—	—	—	1	3	1	1	—	1	—
138	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	2	—	—
139	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—
140	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	5	—	—	1	—	—	—	—	—	—	3	2	1	—	—
141	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	2	1	1	1	1	—	—	—	—	2	3	2	—	3	—
142	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	2	—	1	1	1	—	1	—	—	1	3	5	2	3	—
143	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	1	1	—	—	—	1	—	2	1	3	5	4	2	—
144	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	3	1	2	—	—	1	5	8	4	4	3	—
145	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	1	—	—	1	—	—	2	7	9	5	4	3	—
146	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	3	—	1	1	—	1	1	5	5	11	5	1	—
147	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	5	—	2	—	2	3	14	6	9	2	—
148	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	7	1	—	1	—	2	—	1	4	11	11	3	2	—
149	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	3	3	1	—	2	2	3	8	6	5	2	—
150	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	2	—	1	—	—	7	7	6	5	1	1
151	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	5	1	—	2	1	1	5	9	7	6	2	2
152	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	4	1	2	4	1	—	2	8	10	6	8	1	—
153	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3	1	1	2	—	1	—	12	14	9	5	2	—
154	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	3	—	—	—	1	3	4	6	12	3	—	—
155	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	1	—	—	2	9	7	9	3	—	—
156	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	—	1	—	—	3	8	14	6	2	—	—
157	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	2	3	1	1	2	6	6	—	1	—	—
158	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	3	4	4	5	—	—	—
159	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	1	4	4	5	2	—	—
160	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	3	4	2	—	—	—
161	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	5	—	1	—	—
162	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	1	1	—	—	—
163	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	1	1	1	1	—	—
164	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	1	1	—	—	—
165	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
166	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
167	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
168	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Итог	3	13	16	30	28	20	35	36	17	29	32	39	34	27	28	27	23	22	12	10	33	114	163	136	77	29	3

Вариационный ряд
(Вес мужчин).

Таблица № 18.

Кгр. \ Возраст	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21—24	25—34	35—44	45—54	55—64	65—74	75 и ст.
7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	4	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	1	5	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12	—	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	—	2	6	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	—	3	3	8	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	—	—	2	6	6	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16	—	1	1	6	4	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	—	—	—	2	2	3	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18	—	—	—	—	6	4	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	—	—	—	—	1	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20	—	—	—	—	1	2	5	2	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21	—	—	—	—	1	2	3	4	3	1	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22	—	—	—	—	—	—	3	4	6	6	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23	—	—	—	—	—	1	3	4	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24	—	—	—	—	—	1	1	1	7	1	5	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25	—	—	—	—	—	—	1	1	4	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
26	—	—	—	—	—	—	—	2	2	4	6	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
27	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	2	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
28	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
29	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	7	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
34	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	2	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
36	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Таблица № 18 (продолжение).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21—24	25—34	35—44	45—54	55—64	65—74	75 и ст.
37	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
38	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—
40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	2	—
41	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	2	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	1	—
42	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	3	—	—
43	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	—	—	1	—	—	—	—	1	1	1	—
44	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	—	—	1	—	1	3	2	—
45	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	2	1	1	—	—	—	—	2	—	3	4	3	—
46	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	1	1	—	1	—	1	1	3	5	1	2
47	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	1	2	—	1	3	2
48	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	2	3	3	4	4	—
49	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—		—	1	4	2	—	2	3	1
50	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	2	—	1	—	2	1	—	3	3	3	—
51	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	3	4	3	4	3	2
52	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	1	3	4	10	7	1	—
53	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	1	2	4	8	6	2	1
54	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	1	—	1	—	2	5	4	7	3	1
55	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	2	—	5	4	8	4	2	1
56	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	3	2	6	11	5	2	1
57	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	4	5	4	3	3
58	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			1	1	1	2	4	6	7	—	4
59	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	4	4	8	2	4	—
60	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	4	6	3	5	5	2
61	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	4	6	4	6	2	1
62	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	8	4	3	2	—
63	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	1	5	3	3	4	—
64	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4	1	2	—
65	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	2	1	1	—	—
66	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	3	1	—	—
67	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	4	—	1	1	1	—

Таблица № 18 (окончание).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21—24	25—34	35—44	45—54	55—64	65—74	75 и ст.
68	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—
69	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	2	1	1
70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—
71	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—
72	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	2	2	—
73	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	2	—	—
74	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	—	—
75	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—
76	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
77	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
78	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
79	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
80	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
81	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
82	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
83	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
84	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
85	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
86	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
87	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
88	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
89	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
90	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
91	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
92	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
93	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
94	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
95	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
96	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Итог	10	20	18	30	25	19	30	22	31	24	31	36	29	25	22	14	12	6	8	9	11	61	89	118	107	64	22

Вариационный ряд.

(Вес женщин). Таблица № 19.

Возраст / Кгр.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21—24	25—34	35—44	45—4	55—64	65—74	75 и ст.
7	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12	—	3	4	7	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	—	4	5	6	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	—	—	4	8	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	—	—	1	4	3	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16	—	1	1	3	4	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	—	—	—	—	6	8	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18	—	—	—	—	4	2	7	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	—	—	—	—	1	4	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20	—	—	—	—	—	2	3	2	2	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21	—	—	—	1	—	—	5	4	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22	—	—	—	—	—	—	2	10	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23	—	—	—	—	—	—	5	8	4	4	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24	—	—	—	—	—	—	2	4	1	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
26	—	—	—	—	—	—	—	2	2	3	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
27	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	5	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
29	—	—	—	—	—	—	—	2	1	3	7	3	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	4	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
33	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
34	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	3	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	2	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
36	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	4	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
37	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
38	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3	4	1	—	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	2	1	1	—	—	—
40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	1	2	—	—	1	—	1	2	—	1	1	—
41	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	—	2	3	—	1	1	1	2	—	2	2	1	—
42	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	—	1	—	2	1	1	—	2	4	1	2	2	1	—
43	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	3	2	—	2	2	—	—	—	3	2	2	3	—
44	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	3	1	—	1	—	1	6	7	3	—	—	—
45	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	3	3	3	—	1	1	1	1	5	2	2	—
46	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	2	1	2	1	1	—	4	7	3	3	—	—
47	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—	—	1	1	4	6	7	1	2	—

Таблица № 19 (окончание).

Возраст / Кгр.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21—24	25—34	35—44	45—54	55—64	65—74	75 и ст.
48	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	2	2	1	—	1	1	5	5	4	1	—
49	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	2	—	—	5	3	7	4	2	2	1
50	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	1	—	2	4	9	2	6	—	—
51	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1	—	1	7	5	9	2	2	1
52	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	7	8	9	2	1	—
53	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	1	2	9	1	—	—	—
54	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	2	—	1	1	6	7	3	4	—	—
55	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	1	—	4	4	10	7	4	—	1
56	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1	—	2	5	9	5	2	—	—
57	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	8	5	7	3	3	—
58	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	2	6	3	—	—
59	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	11	6	2	—	—
60	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	6	6	4	7	—	—
61	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	6	7	7	5	2	—
62	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	7	4	4	—	—
63	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	3	4	—	—
64	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	1	3	1	1	—
65	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	6	1	3	—	—
66	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	2	1	—
67	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	1	—	1	—
68	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	4	2	2	—	—
69	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	1	—
70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	2	—	—
71	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	—	—
72	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	4	—	—	—	—
73	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
74	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—
75	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—
76	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
77	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
78	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	1	—
79	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
80	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
81	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
82	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
83	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
84	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
85	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
86	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
87	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
88	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Итог	6	19	16	30	28	20	35	36	17	29	32	38	34	27	28	27	23	22	12	10	33	114	164	136	79	29	3

Таблица № 20.

Вариационный ряд.

(Окружность груди мужчин).

Возраст / См.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21—24	25—34	35—44	45—54	55—64	65—74	75 и ст.
44	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
45	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
46	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
47	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
48	1	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
49	1	4	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
50	—	2	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
51	—	2	4	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
52	—	—	3	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
53	—	2	4	5	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
54	—	—	1	4	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
55	—	—	1	2	7	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
56	—	—	1	1	2	1	3	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
57	—	—	1	1	4	2	5	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
58	—	—	—	2	2	5	5	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
59	—	—	—	1	1	3	5	3	6	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
60	—	—	—	—	1	—	5	4	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
61	—	—	—	—	—	—	5	3	4	1	3	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
62	—	—	—	—	—	—	—	3	4	3	2	4	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
63	—	—	—	—	—	—	2	4	4	3	7	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
64	—	—	—	—	—	—	—	1	2	2	3	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
65	—	—	—	—	—	—	—	—	5	6	2	3	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
66	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
67	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
68	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	6	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
69	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	1	5	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	4	3	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
71	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	4	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
72	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
73	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—

Таблица № 20 (окончание).

Возраст / См.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21—24	25—34	35—44	45—54	55—64	65—74	75 и ст.
74	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	4	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
75	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—
76	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—
77	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	4	2	1	—	—	—	—	2	—	2	4	1	—
78	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	2	1	3	1
79	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	2	1	—	2	—	1	3	3	3	2	2
80	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	2	2	—	—	1	2	—	5	1	—	1
81	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	—	1	2	1	—	—	3	—	2	4	2	—
82	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	3	7	10	2	3	1
83	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	1	3	3	6	5	5	2
84	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	3	11	5	8	6	1
85	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	6	7	16	10	6	2
86	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	1	7	8	4	7	1	1
87	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	6	5	9	6	4	2
88	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	4	7	5	8	3	1
89	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	10	3	7	3	2
90	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	7	9	7	8	3
91	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	6	8	6	—	3	2
92	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	4	10	6	2	—
93	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	8	4	2
94	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	3	1	1
95	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	2	5	1	—
96	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	3	2	1
97	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—
98	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	1	—
99	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—
100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—
101	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
102	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—
103	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	—
Итог	7	16	22	28	24	16	30	21	30	24	31	36	30	25	23	14	13	6	8	7	11	61	90	114	108	64	22

Вариационный ряд.

(Окружность груди женщин).

Таблица № 21.

Возраст / См.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75 и ст.
42	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
43	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
44	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
45	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
46	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
47	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
48	—	3	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
49	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
50	—	1	2	6	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
51	—	1	4	5	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
52	—	1	1	4	4	1	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
53	—	2	2	4	3	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
54	—	—	2	3	3	7	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
55	—	—	1	3	7	2	4	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
56	—	1	—	—	2	3	3	2	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
57	—	—	—	—	1	2	3	—	—	1	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
58	—	—	—	—	—	1	2	7	3	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
59	—	—	—	—	—	1	2	7	3	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
60	—	—	—	—	—	—	2	9	1	5	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
61	—	—	—	—	—	—	3	2	3	5	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
62	—	—	—	—	—	—	3	—	3	4	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
63	—	—	—	—	—	—	—	4	1	4	4	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
64	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	4	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
65	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	3	6	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
66	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	3	3	4	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
67	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
68	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
69	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	2	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	5	2	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
71	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
72	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	3	1	—	—	1	—	—	1	1	1	—	—	—
73	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	2	1	—	—	—	—	—	3	4	—	1	—	—

Таблица № 21 (окончание).

Возр. / См.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75 и ст.
74	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	1	—	1	—	—	2	3	1	1	—	1	—
75	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	4	—	1	2	1	—	1	4	1	2	3	2	—
76	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	5	2	1	1	—	—	1	1	2	5	6	2	1	—
77	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	4	3	1	1	—	2	3	7	4	2	2	—
78	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	3	—	—	1	—	1	—	5	7	3	2	2	1
79	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	2	2	3	—	—	4	7	8	5	1	—	—
80	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	1	1	—	—	3	1	12	15	10	7	1	—
81	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	3	1	2	3	1	3	4	7	4	3	1	—
82	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	3	2	3	—	2	4	6	12	7	2	3	—
83	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	2	1	2	1	1	10	9	4	4	1	—
84	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	2	4	9	15	6	1	—
85	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	1	—	—	8	16	6	1	4	1
86	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	1	2	1	1	2	3	8	14	5	2	—
87	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	1	—	—	4	9	9	9	8	—	—
88	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	2	1	1	—	—	7	5	6	3	—	—
89	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	2	9	5	9	1	1
90	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	2	4	10	6	5	1	—
91	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	2	6	2	1	—
92	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	4	2	2	—	—
93	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	4	2	—
94	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	2	1	1	—
95	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	5	3	3	1	1	—
96	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—
97	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	2	—	—
98	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—
99	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—
100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	1	—	—
101	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
102	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
103	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
104	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
105	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Итог .	2	14	16	30	28	20	34	36	16	29	31	38	34	27	28	27	23	22	12	10	33	115	163	136	78	29	3

Табліца № 22.

	Рост		Вага		Акруж. грудзі	
Дэкляс. яўрэі г. Менску (наш матар'ял)	162,7		57,7		86,91	
	5,6	0,72	6,45	0,85	4,3	0,55
Яўрэі Магілева (Бунак [87])	162,1		58,2		86,4	
	7,44	0,71	7,35	0,7	5.87	0,56
Беларусы Магілева (ён-жа)	164,7		61,5		91,7	
	5,76	0,46	6,49	0,51	5,11	0,41

	Рост	
	Муж.	Жан.
Яўрэі г. Бабруйску (Горскі [72])	162,8	—
Польскія яўрэі *) (Элькінд)	161,0	150,6
Украінскія яўрэі (Талько-Грынцэвіч)	162,5	151,5
Паўдн.-рас. яўрэі **) (Вайсенбэрг)	165,1	153,6
Беларускія яўрэі (Якавенка)	161,7	150,7
Галіцыйскія яўрэі (Мэйер)	162,3	—
Літоўскія яўрэі (Талько-Грынцэвіч)	161,9	—
Рыскія яўрэі (Блехман)	162,7	—
Прыволскія яўрэі (Сьнігіраў)	161,3	—
Яўрэі Паўн.-Зах. краю (ён-жа)	161,2	—
Яўрэі Прыбальц. краю (ён-жа)	163,1	—
Украінскія яўрэі (ён-жа)	164,2	—
Адэскія яўрэі (ён-жа)	165,6	—
(Панцюхаў [72])	166,9	—
Каўкаскія яўрэі	161,6	—
(Панцюхаў)	161,7	—
"	162,2	—
"	164,4	—
"	163,0	—
"	164,2	—
Ямпольскія яўрэі (Вяроўкін [72])	164,5	—
Баварскія яўрэі (Анучын)	162,0	—
Вэнгерскія яўрэі (ён-жа)	163,3	—
Аўстрыйскія яўрэі (ён-жа)	163,4	—
Італьянскія яўрэі (Ламброза)	163,3	—
Боснійскія яўрэі (Глюк)	163,4	—
Палякі (Элькінд)	164,0	153,3
Украінцы (Талько-Грынцэвіч)	166,7	154,8
Беларусы (ён-жа)	163,6	152,3

*) Вага польскіх яўрэяў: муж.—55; жанч.—50.

**) Вага Паўдн.-расійск. яўрэяў: муж.—61,33; жанч.—55,31.

Р о с т. Табліца № 23.

Узрост	Паўдн.-расійск. *)		Польскія яўрэі **)		Менск. яўр. дзеці ***)		Менскія яўрэі [74]		Гомел. яўр. дзеці [75]		Харкаўск. яўрэі [76]		Украін. падлетк. яўрэі [98]	Алэскія падлеткі яўрэі [99]	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.		м.	ж.
1	—	—	—	—	—	—	72,2	—	—	—	—		—	—	—
2	80,6	78,5	—	—	—	—	83,0	—	—	—	—		—	—	—
3	87,2	87,8	—	—	—	—	92,2	—	—	—	—		—	—	—
4	94,3	92,3	—	—	—	—	97,7	89,9	—	—	—		—	—	—
5	100,7	99,8	—	—	—	—	102,7	96,7	—	—	—		—	—	—
6	108.3	106,6	—	—	—	—	110,0	101,4	—	—	—		—	—	—
7	112,7	112,2	—	—	111,3	110,3	112,4	107,6	—	—	—		—	—	—
8	116.7	116,7	—	—	115,1	113,9	116,9	112,3	113,3	113,3	—		—	—	—
9	122,0	122,1	—	—	118,6	118,7	121,5	116,6	116,8	116,8	—		—	—	—
10	125,4	127,4	—	—	123,1	122,6	125,5	121,3	121,8	122,4	—		—	—	—
11	130,1	132,2	—	—	127,5	126,6	129,9	125,4	126,5	127,1	—		—	—	—
12	136,2	139,2	—	—	130,4	132,0	134,5	130,8	131,7	131,7	—		—	—	—
13	139,6	144,0	—	—	135,6	135,9	139,3	137,2	136,1	136,8	—		—	—	—
14	145,3	149,3	—	—	139,0	139,3	145,5	140,4	141,9	144,2	—		—	—	—
15	149,1	150,6	—	184,8	143,0	143,2	151,3	145,4	147,5	149,3	—	153.0 — 154,1	—	148,5	145
16	157,1	151,6	—	184,8	—	—	155,5	149,3	154,1	152,0	—		147,7	148,7	149
17	161,3	153,1	—	148.9	—	—	157,2	149,8	158,8	152,9	157,1		154,2	153	150
18	161,9	154,0	—	150,5	—	—	159,9	150,1	162,6	152,9	160,4		158,8	158,8	151
19	163,5	153,8	—	149,7	—	—	160.8	148,9	—	—	163,2		161,0	159,4	152,9
20	164,1	153,7	—	151,6	—	—	162,4	148 8	—	—	165,1		—	—	—
21—25	165,2	154,0	160.6	151,4	—	—	—	149,9	—	—	165		—	—	—
26—30	164,9	153,8	160,6	152,4	—	—	—	—	—	—	165,4		—	—	—
31—40	163,8	153,3	161.2	150.7	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—
41—50	164,4	153,2	161,7	—	—	—	—	—	—	—	167,0		—	—	—
51—60	162,1	151,3	160,6	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—
61—70	163,0	147,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—

*) Вайсенбэрг **) Элькінд [68]) ***) Эйнгорн [73])

В а г а.

Табліца № 24.

УЗРОСТ	Паўд-рас. яўрэі *) М.	Паўд-рас. яўрэі *) Ж.	Польскія яўрэі **) М.	Польскія яўрэі **) Ж.	Менскія яўр. дзеці ***) М.	Менскія яўр. дзеці ***) Ж.	Менскія яўрэі [74] М.	Менскія яўрэі [74] Ж.	Гомел. яўр. дзеці [75] М.	Гомел. яўр. дзеці [75] Ж.	Харкаўскія яўрэі [76] М.	Харкаўскія яўрэі [76] Ж.	Украін. падлет. яўрэі [89] М.	Адэск. падл. яўрэі [90] М.	Адэск. падл. яўрэі [90] Ж.
1	8,5	8,0	—	—	—	—	10.15	—	—	—	—	—	—	—	—
2	11,5	10,5	—	—	—	—	13,24	—	—	—	—	—	—	—	—
3	13.0	13,0	—	—	—	—	14,88		—	—	—	—	—	—	—
4	14,5	14.5	—	—	—	—	15,94	13,61	—	—	—	—	—	—	—
5	16,5	16 5	—	—	—	—	17,93	15,22	—	—	—	—	—	—	—
6	18.0	17,5	—	—	—	—	19,47	17,22	—	—	—	—	—	—	—
7	20,5	20,0	—	—	19,6	19,1	20,92	18,29	—	—	—	—	—	—	—
8	22,5	22.0	—	—	21,2	20,5	22,23	20,10	20,0	20,4	—	—	—	—	—
9	25.0	23 5	—	—	22,6	22,8	24,32	22,16	22,2	21,9	—	—	—	—	—
10	26,0	27.0	—	—	24,7	24,7	26,55	24,18	24,2	24,5	—	—	—	—	—
11	28,5	30,0	—	—	26,7	26,8	28,72	26,64	27,0	26,5	—	—	—	—	—
12	32,0	34.0	—	—	28,5	29,3	30,50	29,80	28,8	29,2	—	—	—	—	—
13	35,0	38.5	—	—	31,2	31,7	33,87	33,43	31,8	32,8	—	—	—	—	—
14	40,0	43.0	—	—	33,4	35,0	37,88	35,63	35,1	38,1	—	—	—	—	—
15	43,0	46,0	—	—	37,0	38,9	43,05	41,25	39,3	43,4	—	56,5	—	42,8	45,5
16	48,5	50,5	—	—	—	—	48,22	45,46	44.5	46,5	—		39,8	45,5	46,5
17	53,0	53,5	—	49,43	—	—	50,42	47,7	48,8	50,9	53,5	55,01	45,2	49,8	49
18	54,0	53,5	—	—	—	—	53,52	50,92	53,9	49,4	54,5		50,0	53,5	52,2
19	56,0	54,0	—	—	—	—	55,41	51,19	—	—	57,0		53,3	58,3	52,6
20	57,0	55,0	—	—	—	—	56,86	51,24	—	—	58,5	—	—	—	—
21—25	58,6	56,0	53,89	50,87	—	—	—	52,72	—	—	60,1	—	—	—	—
26—30	60,5	58,0	53,2	50,03	—	—	—	—	—	—	60,7	—	—	—	—
31—40	61,0	59.0	56,27	53,15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
41—50	62,5	60,0	55,75	—	—	—	—	—	—	—	65,9	—	—	—	—
51—60	59,0	58.0	56,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
61—70	56,0	54.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
71—80	54,0	51,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Вайсенбэрг.

**) Элькінд [68]).

***) Эйнгорн [73]).

Табліца № 25.

Акружына грудзі

Узрост	Паўдн.-рас. яўрэі *)		Польскія яўрэі **)		Менскія яўр. дзеці ***)		Менскія яўрэі [74]		Гомел. яўр. дзеці [75]		Харк. яўрэі [76]		Украінск. падлеткі яўр. [98]	Адэскія падлеткі яўр. [99]	
	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.		М.	Ж.
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	48,4	—	—	—	—	—	50,3	—	—	—	—	—	—	—	—
3	50,6	—	—	—	—	—	51,9	—	—	—	—	—	—	—	—
4	52,5	—	—	—	—	—	54,7	50,7	—	—	—	—	—	—	—
5	53,9	—	—	—	—	—	54,8	51,0	—	—	—	—	—	—	—
6	56,4	54,0	—	—	56,7	55,1	55,6	53,6	—	—	—	—	—	—	—
7	57,0	56,2	—	—	58,6	57,2	57,0	54,3	57,8	56,9	—	—	—	—	—
8	58,7	56,9	—	—	60,1	58,8	58,8	55,4	59,3	58,1	—	—	—	—	—
9	61,2	59,7	—	—	61,8	60,1	60,5	57,4	61,0	60,5	—	—	—	—	—
10	62,1	61,6	—	—	63,5	62,3	62,3	58,6	63,0	62,0	—	—	—	—	—
11	63,9	62,2	—	—	64,9	64,5	63,8	60,7	65,2	63,6	—	—	—	—	—
12	65,1	66,2	—	—	67,0	66,8	65,5	62,9	66,7	66,6	—	—	—	—	—
13	67,7	69,8	—	—	68,9	69,4	67,1	65,2	68,7	70,5	—	—	—	—	—
14	70,7	72,3	—	—	71,9	71,9	69,9	67,1	71,1	73,4	—	—	—	73	73
15	73,4	75,4	—	—	—	—	72,9	70,6	74,7	75,3	—	—	72,8	74,2	75,8
16	76,8	77,7	—	—	—	—	76,3	73,8	78,5	78,8	78,7	—	76,7	77,4	77,9
17	79,5	77,6	—	—	—	—	78,2	75,1	81,0	—	80,8		79,5	80,5	79,8
18	81,7	79,8	—	—	—	—	80,8	75,9	—	—	82,3	78,4	81,8	83	82,7
19	83,0	79,2	—	—	—	—	82,1	77,0	—	—	83,4		—	—	—
20	82,7	80,5	—	—	—	—	82,6	76,6	—	—	85,9		—	—	—
21—25	83,6	80,8	81,2	—	—	—	—	79,5	—	—	86,1	—	—	—	—
26—30	87,1	80,6	81,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
31—40	87,0	83,2	84,0	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—
41—50	88,0	85,9	83,9	—	—	—	—	—	—	—	—	76,5	—	—	—
51—60	88,0	82,9	85,8	—	—	—	—	—	—	—	89,6		—	—	—
61—70	86,7	82,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
71—80	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Вайсенбэрг
**) Элькінд [68]
***) Эйнгорн [73]

ЗАБОЛЕВАНИЯ

З а б о л е

		0—3			4—7		
		М.	Ж.	о. п.	М.	Ж.	о. п.
	Обследовано лиц	62	40	102	102	110	212
	Оказалось здоровых	27	18	45	58	62	120
	Больных лиц	35	22	57	44	48	92
Инфекции	Острыми инфекц.	3	1	4	2	—	2
	Туберк. лёгких	—	—	—	—	—	—
	Туберк. проч. органов	—	1	1	—	—	—
	Итог	3	2	5	2	—	2
Общ. заболев. и бол. обм. вещ.	Анемией	1	—	1	4	4	8
	Подагрой	—	—	—	—	—	—
	Диабетом	—	—	—	—	—	—
	Болез. внутр секреции	—	—	—	—	—	—
	Зобом	—	—	—	—	—	—
	Ревматизмом	—	—	—	—	—	—
	Итог	1	—	1	4	4	8
Забол. нерв. сист.	Эпилепсией	—	—	—	—	—	—
	Невритом	—	—	—	—	—	—
	Истерией и неврастенией	—	—	—	—	—	—
	Пр. бол. нерв. сист.	—	—	—	—	1	1
	Итог	—	—	—	—	1	1
Заболев. орг. кровообр.	Миокардитом	—	—	—	—	—	—
	Артериосклероз	—	—	—	—	—	—
	Пр. бол. орг. кров.	—	—	—	—	1	1
	Расшир. вен. нижн. конечностей	—	—	—	—	—	—
	Геммороем	—	—	—	—	—	—
	Итог	—	—	—	—	1	1
Заб. орг. дых.	Бол. верх. дых. путей	1	1	2	6	5	11
	Хронич. бронхит.	3	1	4	6	3	9
	Плевритом	—	—	—	—	—	—
	Эмфиземой	—	—	—	—	—	—
	Пр. бол. орг. дых.	6	3	9	16	12	28
	Итог	10	5	15	28	20	48

в а н и я

8–14			15–19			20–24			25–34		
м.	ж.	о. п.	м.	ж.	о. п.	м.	ж.	о. п.	м.	ж.	о. п.
202 110 92	220 123 97	422 233 189	68 30 38	116 75 41	184 105 79	19 8 11	47 21 26	66 29 37	60 18 42	115 43 72	175 61 114
— 1 —	— 3 1	— 4 1	— 2 —	— — —	— 2 —	— 1 —	— — —	— 1 —	— 1 —	— 3 —	— 4 —
1	4	5	2	—	2	1	—	1	1	3	4
6 — — — — —	5 — — — — 2	11 — — — — 2	4 — — 1 — —	4 — — 2 2 —	8 — — 3 2 —	— — — — — —	3 — — — — 1	3 — — — — 1	1 — — — — 1	3 — — — 1 —	4 — — — 1 1
6	7	13	5	8	13	—	4	4	2	4	6
— — 1 —	— — — 3	— — 1 3	1 — 1 1	— — 2 5	1 — 3 6	— — — —	— — 2 1	— — 2 1	— 1 2 —	— — 4 3	— 1 6 3
1	3	4	3	7	10	—	3	3	3	7	10
— — — — —	— — 4 — —	— — 4 — —	— — 3 — —	— — — — —	— — 3 — —	— — 1 — 1	— — 3 — —	— — 4 — 1	— — 2 1 1	1 — 2 18 4	1 — 4 19 5
—	4	4	3	—	3	2	3	5	4	25	29
14 3 1 — 27	12 2 — — 38	26 5 1 — 65	6 1 — — 13	2 2 — — 11	8 3 — — 24	2 — — — 2	2 2 — — 4	4 2 — — 6	4 3 — 1 11	3 10 4 — 8	7 13 4 1 19
45	52	97	20	15	35	4	8	12	19	25	44

З а б о л е

		35–44 М.	35–44 Ж.	35–44 о. п.	45–54 М.	45–54 Ж.	45–54 о. п.
	Обследовано лиц	90	167	257	118	137	255
	Оказалось здоровых	23	42	65	18	18	36
	Больных лиц	67	125	192	100	119	219
Инфекции	Острыми инфекциями	—	—	—	—	—	—
	Туберк. легких	2	7	9	1	10	11
	Туберк. проч. органов	—	—	—	—	—	—
	Итог	2	7	9	1	10	11
Общ. заболев. и бол. обм. вещ.	Анемией	2	6	8	1	1	2
	Подагрой	—	5	5	1	2	3
	Диабетом	—	—	—	1	1	2
	Болезни внутр. секреции	—	—	—	—	—	—
	Зобом	—	2	2	—	3	3
	Ревматизмом	2	2	4	3	—	3
	Итог	4	15	19	6	7	13
Забол. нервн. сист.	Эпилепсией	—	—	—	—	—	—
	Невритом	—	2	2	1	1	2
	Истерией и неврастенией	2	10	12	2	7	9
	Проч. бол. нервн. системы	—	9	9	2	12	14
	Итог	2	21	23	5	20	25
Забол. орг. кровообр.	Миокардитом	3	3	6	5	8	13
	Артериосклерозом	3	1	4	12	3	15
	Пр. бол. органов кровообр.	3	6	9	7	7	14
	Расшир. вен. нижн. конечностей	—	23	23	6	35	41
	Геморроем	5	8	13	15	6	21
	Итог	14	41	55	45	59	104
Забол. орг. дых.	Бол. верхн. дыхат. путей	5	8	13	9	6	15
	Хронич. бронхитом	7	7	14	14	4	18
	Плевритом	1	1	2	1	—	1
	Эмфиземой	11	4	15	39	17	56
	Проч. бол. орг. дых.	11	12	23	15	5	20
	Итог	35	32	67	78	32	110

в а н и я

55—64			65—74			75 и б.			Всего		
М.	Ж.	о. п.	М.	Ж.	о. п.	М.	Ж.	о. п.	М.	Ж.	о. п.
109	85	194	64	30	94	27	3	30	921	1071	1992
3	12	15	2	—	2	—	—	—	297	414	711
106	73	179	62	30	92	27	3	30	624	657	1281
—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	1	6
1	2	3	1	—	1	—	—	—	10	25	35
—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	3	3
1	3	4	1	—	1	—	—	—	15	29	44
—	1	1	—	—	—	—	—	—	19	27	46
—	3	3	—	1	1	—	—	—	1	11	12
—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	2	3
—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3
—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	9	9
3	3	6	1	—	1	—	—	—	10	8	18
3	8	11	1	2	3	—	—	—	32	59	91
—	1	1	1	—	1	—	—	—	2	1	3
—	—	—	—	—	—	2	—	2	4	3	7
—	1	1	—	—	—	—	—	—	8	26	34
4	3	7	2	2	4	—	—	—	9	39	48
4	5	9	3	2	5	2	—	2	23	69	92
14	6	20	10	8	18	9	—	9	41	26	67
27	10	37	24	15	39	16	3	19	82	32	114
8	5	13	2	—	2	2	1	3	28	29	57
2	15	17	2	7	9	—	1	1	11	99	110
12	3	15	6	1	7	2	1	3	42	23	65
63	39	102	44	31	75	29	6	35	204	209	413
4	1	5	1	—	1	1	—	1	53	40	93
17	11	28	6	5	11	2	—	2	62	47	109
—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	5	8
59	30	89	35	15	50	20	3	23	165	69	234
9	2	11	3	1	4	2	—	2	115	96	211
89	44	133	45	21	66	25	3	28	398	257	655

З а б о л е

		0—3			4—7		
		М.	Ж.	о. п.	М.	Ж.	о. п.
Заб. орг. пищеварения	Катарр желудка	—	—	—	1	—	1
	Энтеро-колитом	—	—	—	1	—	1
	Язва желудка и 12 п. кишки	—	—	—	—	—	—
	Грыжей	2	2	4	2	—	2
	Пр. бол. орг. пищ.	—	—	—	—	—	—
	Итог	2	2	4	4	—	4
Заб. моч. пол. орг.	Болезни почек	—	—	—	—	—	—
	Болезни матки	—	—	—	—	—	—
	Пр. бол. моч. пол. органов	—	—	—	—	—	—
	Итог	—	—	—	—	—	—
Заб. орг. дв. и кожи	Бол. орг. движ. суст. и костей	—	—	—	—	—	—
	Дефекты конеч.	—	—	—	—	—	—
	Итог	—	—	—	—	—	—
	Болезни органов зрения	—	—	—	1	—	1
	Болезни органов слуха	—	—	—	—	1	1
	Болезни кожи	3	3	6	—	5	5
Разные	Лимфаденит	7	1	8	7	14	21
	Рахит	9	6	15	3	3	6
	Крипторхизм	—	—	—	1	—	—
	Глисты	2	1	3	2	2	4
	Прочие	2	4	6	1	4	5
	Итог	20	12	32	14	23	36
	Итого заболеваний	39	24	63	53	55	107
	На 1 больного заболеваний	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1	1,2
	На 100 обследованных—больных	56,5	55	55,9	43,1	43,6	43.4
	На 100 обследованных—заболеваний	62,1	60,5	61,5	51,7	52,3	52,1

вания

8—14			15—9			20—24			25—34		
М.	Ж.	о. п.	М.	Ж.	о. п.	М.	Ж.	о. п.	М.	Ж.	о. п.
1	2	3	2	—	2	3	—	3	—	2	2
2	3	5	—	2	2	1	2	3	5	6	11
—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	1
5	2	7	—	—	—	1	—	1	13	—	13
—	2	2	—	—	—	—	3	3	—	—	—
8	9	17	2	2	4	6	5	11	18	9	27
1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	-	—	—	—	—	—	—
1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	1	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—
1	1	2	—	1	1	—	—	—	3	—	3
1	2	3	1	1	2	—	—	—	3	—	3
—	1	1	1	1	2	—	—	—	—	1	1
3	2	5	—	—	—	1	1	2	2	—	2
3	5	8	—	5	6	—	—	—	3	1	4
28	27	55	1	—	1	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	—	—	1	—	—	1	—	—	1	—	—
3	3	6	—	1	1	—	1	1	—	—	—
6	6	12	2	3	5	—	2	2	2	7	9
41	36	73	4	4	7	1	3	3	3	7	9
110	125	231	41	43	83	15	27	41	58	82	139
1,2	1,3	1,2	1,1	1,5	1,1	1,4	1,0	1,1	1,4	1,1	1,2
45,5	44,1	47,9	55,9	35,3	42,9	57.9	55,3	56,1	70,0	62,6	65,1
54,6	57,3	53,6	61,5	37,0	47,2	81,1	55,3	61,7	98,0	68,9	78,1

Заболе

		35—44			45—54		
		М.	Ж.	о. п.	М.	Ж.	о. п.
Заб. орг. пищевар.	Катарр желудка	4	9	13	13	12	25
	Энтеро-колитом	—	10	10	3	8	11
	Язва желудка и 12 п. кишки	—	2	2	1	1	2
	Грыжей	20	2	22	33	5	38
	Пр. бол. орг. пищ.	3	4	7	4	1	5
	Итог	27	27	54	54	27	81
Заб. моч. пол. орг.	Болезни почек	—	1	1	2	1	3
	Болезни матки	—	6	—	—	2	—
	Пр. бол. моч. пол.	2	2	4	3	2	5
	Итог	2	9	5	5	5	8
Заб. орг. дв. и кожи	Бол. орг. движ. сут. и костей	2	—	2	—	—	—
	Дефекты конечн.	1	—	1	3	1	4
	Итог	3	—	3	3	1	4
Болезни орг. зрен.		4 ++)	6 O)	10	4+)	1	5
Болезни орг. слуха		3	2	5	2	2	4
Болезни кожи		2	5	7	4	2	6
Разные	Лимфаденит	1	—	1	—	—	—
	Рахит	—	—	—	—	—	—
	Крипторхизм	—	—	—	—	—	—
	Глисты	1	1	2	—	—	—
	Прочие	7	13	20	14	15	29
	Итог	9	14	23	14	15	29
Итого заболеваний		107	179	280	221	181	400
На 1 больного заболеваний		1,6	1,4	1,5	2,2	1,5	1,8
На 100 обследов. больных		74,4	74,8	74.7	84,7	86,9	85,9
На 100 обследов. заболеваний		119,0	104,7	112.1	186.3	130,3	154,6

++) 2 слепых на оба глаза.
+) у 2 отсутствует по одному глазу.
O) катаракты.

в а н и я

55—64			65—74			75 и б.			Всего		
М.	Ж.	о. п.	М.	Ж.	о. п.	М.	Ж.	о. п.	М.	Ж.	о. п.
7	5	12	3	2	5	—	—	—	34	32	66
7	6	13	1	—	1	—	—	—	19	38	57
—	—	—	1	—	1	—	—	—	3	4	7
32	4	36	21	2	23	6	1	7	135	18	153
4	2	6	—	—	—	—	—	—	11	12	23
50	17	67	26	4	30	6	1	7	202	104	306
—	—	—	2	—	2	—	—	—	5	2	7
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	9	9
5	—	5	6	—	6	—	—	—	16	4	20
5	—	5	8	1	8	—	—	—	21	15	36
1	2	3	2	—	2	—	—	—	6	3	9
3	—	3	—	—	—	—	—	—	11	3	14
4	2	6	2	—	2	—	—	—	17	6	23
4 б)	4 [illegible])	8	2 [illegible])	1	3	—	—	—	16	15	31
2	3	5	2	—	2	2	—	2	17	11	28
4	4	8	1	—	1	—	—	—	20	30	50
—	—	—	—	—	—	—	—	—	44	42	86
—	—	—	—	—	—	—	—	—	1[illegible]	9	21
—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	8
—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	9	17
5	8	13	1	4	5	5	1	6	46	66	112
5	8	13	1	4	5	5	1	6	118	126	244
234 2,2 97,2 213,8	137 1,9 85,9 163,2	371 2,1 92,3 193,8	136 2,2 96,9 213,1	66 2.2 100.0 220,0	201 2,2 97,9 215,4	69 2,6 100,0 260,0	11 3,7 100,0 370,0	80 2,7 100,0 270,0	1083 1,7 67,8 115,3	930 1,4 61,3 85,8	2013 1,6 64,3 102,9

4 случ. (ж.)
8 „ плоскостопия (ж.)
1 „ „ (м. 38 л.)

1 случ. импотенции (м. 35 л.)
1 „ алкоголизма (м. 65 л.)
1 „ душ. бол. (м. 20 л.)

1 случ. душ. б. (ж. 18л.)
1 „ „ „ (ж. 47л.)

Табліца № 27.

	ПОЛ.	ЗАХВАРЭНЬНІ. (Інтэнсыўныя паказчыкі).												ХВАРАВІТАСЬЦЬ (экстэнс. паказч.)		
		0—3	4—7	8—14	15—19	20—24	25—34	35—44	45—54	55—64	65—74	75 і б.	УСЯГО			
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	М.	Ж.	а. п.
Інфэкцыі	М.	4,8	1,9	0,5	2,9	5,3	1,7	2,2	0,8	0,9	1,6	—	1,6	—	—	—
	Ж.	5,0	—	1,8	—	—	2,6	4,2	7,3	3,5	—	—	2,7	1,4	3,1	2,2
	а. п.	4,9	0,9	1,2	1,1	1,5	2,3	3,5	4,3	2,1	1,1	—	2,2	—	—	—
Агул. захвар. і хв. абмена матэрый	М.	1,6	3,9	2,9	7,4	—	3,3	4,4	5,1	2,8	1,6	—	3,5	—	—	—
	Ж.	—	3,6	3,2	6,9	8,5	3,5	8,9	5,1	9,4	6,7	—	5,5	2,9	6,4	4,5
	а. п.	1,0	3,8	3,1	7,1	6,1	3,4	7,4	5,1	5,7	3,2	—	4,5	—	—	—
Захвар. нэрвов. сыст.	М.	—	—	0,5	4,4	—	5,0	2,2	4,2	3,7	4,7	7,4	2,5	—	—	—
	Ж.	—	0,9	1,4	6,0	6,4	6,1	12,5	14,6	5,9	6,7	—	6,5	2,1	7,4	4,6
	а. п.	—	0,5	0,9	5,4	4,5	5,7	9,0	9,8	4,6	5,3	6,7	4,6	—	—	—
Захв. орган. звароту крыві	М.	—	—	—	4,4	10,5	6,7	15,6	38,1	57,8	68,7	107,4	22,1	—	—	—
	Ж.	—	0,9	1,8	—	6,4	21,7	24,6	43,1	45,9	103,3	200,0	19,5	18,9	22,5	20,6
	а. п.	—	0,5	0,9	1,6	7,6	16,6	21,4	40,8	52,6	79,8	116,7	20,7	—	—	—
Захв. орг. дых.	М.	16,1	27,4	22,3	29,4	21,1	31,7	38,9	66,1	81,7	70,3	92,6	43,2	—	—	—
	Ж.	12,5	18,1	23,6	12,4	17,0	21,7	19,2	23,4	51,8	70,0	100,0	24,0	36,8	27,6	32,7
	а. п.	14,7	22,6	23,0	19,0	18,2	25,1	26,1	43,1	68,6	70,2	93,3	32,7	—	—	—
Захв. орг. страваваньня	М.	3,2	3,9	4,0	2,9	31,6	30,6	30,0	45,8	45,9	40,6	22,2	21,9	—	—	—
	Ж.	5,0	—	4,1	1,7	10,6	7,8	16,2	19,7	20,0	13,3	33,3	9,7	18,7	11,2	15,3
	а. п.	3,9	1,9	4,0	2,2	16,7	15,4	21,0	31,8	34,5	32,0	23,3	15,3	—	—	—
Захвар. мача-палав. орг.	М.	—	—	0,5	—	—	—	2,2	4,2	4,6	12,5	—	2,3	—	—	—
	Ж.	—	—	—	—	—	—	5,4	3,6	—	3,3	—	1,4	1,9	1,6	1,8
	а. п.	—	—	0,2	—	—	—	4,3	4,0	2,6	9,6	—	1,8	—	—	—
Захв. орг. руху касьц. і суст.	М.	—	—	0,5	1,5	—	5,0	3,3	2,5	3,7	3,1	—	1,8	—	—	—
	Ж.	—	—	0,9	0,9	—	—	—	0,7	2,4	—	-	0,6	1,6	0,6	1,1
	а. п.	—	—	0,7	1,1	—	1,7	1,2	1,6	3,1	2,1	--	1,1	—	—	—
Захв. орг. зроку	М.	—	1,0	—	1,5	—	—	4,4	3,4	3,7	3,1	—	1,7	—	—	—
	Ж.	—	—	0,5	0,9	—	0,9	3,6	0,7	4,7	3,3	—	1,4	1,5	1,6	1,5
	а. п.	—	0,5	0,2	1,1	—	0,6	3,9	1,9	4,1	3,2	—	1,5	—	—	—
Захв. орг. слыху	М.	—	—	1,5	—	5,3	3,3	3,3	1,7	1,8	3,1	7,4	1,8	—	—	—
	Ж.	—	0,9	0,9	—	2,1	—	1,2	1,5	3,5	—	—	1,0	1,6	1,2	1,4
	а. п.	—	0,5	1,2	—	3,0	1,1	1,9	1,6	2,6	2,1	6,7	1,4	—	—	—
Захвар. скуры	М.	4,8	—	1,5	—	—	5,0	2,2	3,4	3,7	1,6	—	2,2	—	—	—
	Ж.	7,5	4,5	2,3	4,2	—	0,9	3,0	1,5	4,7	—	—	2,8	1,7	3,2	2,5
	а. п.	5,9	2,4	1,9	2,7	—	2,3	2,7	2,4	4,1	1,1	—	2,5	—	—	—
Розныя	М.	32,3	13,7	2 0.	5,9	5,3	5,0	11,1	11,9	4,6	1,6	18,5	12,8	—	—	—
	Ж.	30,0	20,9	16,4	3,4	6,4	6,1	8,3	10,9	9,4	13,3	33,3	11,8	10,9	13,6	12,2
	а. п.	31,2	17,1	18,2	4,3	6,1	5,7	9,0	11,3	6,7	5,3	20,0	12,2	—	—	—
У т. л. тубэркулез	М.	—	—	0,5	2,9	5,3	1,7	2,2	0,8	0,9	1,6	—	1,1	—	—	—
	Ж.	2,5	—	1,8	—	—	2,6	4,2	7,3	3,5	—	—	2,6	0,9	3,0	1,9
	а. п.	1,0	—	1,2	1,1	1,5	2,3	3,5	4,3	2,1	1,6	—	1,9	—	—	—

Пісьменнасьць.

Табліца № 28.

УЗРОСТ	Пол	Па яўрэйс. Абс.	Па яўрэйс. %	Яўрэйс. і рас. Абс.	Яўрэйс. і рас. %	Па расейс. Абс.	Па расейс. %	Па інш. мовах Абс.	Па інш. мовах %	Няпісьменных Абс.	Няпісьменных %	УСЯГО Абс.	УСЯГО %
0—3	М.	—	—	—	—	—	—	—	—	62	100	62	100
	Ж.	—	—	—	—	—	—	—	—	40	100	40	100
	а. п.	—	—	—	—	—	—	—	—	102	100	102	100
4—7	М.	5	5,8	3	3,5	—	—	—	—	78	90,7	86	100
	Ж.	5	4,5	—	--	1	0,9	—	—	104	94,6	110	100
	а. п.	10	5,1	3	1,5	3	0,5	—	—	162	92,9	196	100
8--14 . . .	М.	55	26,7	120	58,3	7	3,4	6	2,9	18	8,7	206	100
	Ж.	37	16,5	121	54	37	16,5	7	3,1	22	9,9	224	100
	а. п.	92	21,4	241	56,1	44	10,2	13	3	40	9,3	430	100
15—19 . . .	М.	5	7,4	59	86,8	2	2,9	—	—	2	2,9	68	100
	Ж.	5	4,4	79	69 3	24	21,1	-	—	6	5,2	114	100
	а. п.	10	5,5	138	75,8	26	14,3	—	—	8	4,4	182	100
20—24 . . .	М.	4	21	14	73,7	1	5,3	—	—	—	—	19	100
	Ж.	1	2,2	33	71,8	6	13	—	--	6	13	46	100
	а. п.	5	7,7	47	72,3	7	10,8	—	—	6	9,2	65	100
25-34 . . .	М.	21	32,8	32	50	4	6,25	3	4,7	4	6,25	64	100
	Ж.	26	22,4	55	47,4	7	6	—	—	28	24,2	116	100
	а. п.	47	26,1	87	48,3	11	6,1	3	1,7	32	17,8	180	100
35—44 . . .	М.	28	31,8	52	59,1	1	1,1	—	—	7	8	88	100
	Ж.	48	28,8	59	53,3	3	1,8	1	0,6	56	33,5	167	100
	а. п.	76	29,8	111	43,5	4	1,6	1	0,4	63	24,7	255	100
45—54 . . .	М.	57	46,7	45	36,9	5	4,1	6	4,1	10	8,2	122	100
	Ж.	43	30,7	26	18,6	1	0,7	2	1,4	68	48,6	140	100
	а. п.	100	38,1	71	27,1	6	2,3	7	2,7	78	29,8	262	100
55-64 . .	М.	52	47,7	32	29,4	2	1,8	3	2,7	20	18,4	109	100
	Ж.	22	26,8	7	8,6	—	—	—	—	53	64,6	82	100
	а. п.	74	38,7	39	20,4	2	1,1	3	1,6	73	38,2	191	100
65—74 . . .	М.	31	48,4	19	29.8	—	—	2	3,1	12	18,7	64	100
	Ж	6	20	1	3,3	—	—	—	—	23	76,7	30	100
	а. п.	37	39.4	20	21.3	—	—	2	2,1	35	37,2	94	100
75 і ст. . .	М.	13	59,1	4	18.2	—	—	1	4,5	4	18,2	22	100
	Ж.	—	—	—	—	—	—	—	—	3	100	3	100
	а. п.	13	52	4	16	—	—	1	4	7	28	25	100
РАЗАМ . . .	М.	271	29.8	380	41.8	22	2,4	20	2.2	217	23,8	910	100
	Ж.	193	18	381	35,5	79	7,4	10	0,9	409	38,2	1072	100
	а. п.	464	23,4	761	38,4	101	5,1	30	1,5	626	31,6	1982	100
8 -75 і бол. .	М.	266	34,9	377	49.5	2	2,9	20	2,6	77	10,1	762	100
	Ж.	188	20.4	381	41,3	78	8,5	10	1,1	265	28,7	922	100
	а. п.	454	27	758	45	100	5,9	30	1,8	342	20,3	1684	100

Табліца № 29.

МЕСЦА НАВУЧАНЬНЯ.

	УЗРОСТ	Пол	ХЭДЭР Абс	ХЭДЭР %	Рэліг. школа апроч таго Абс	Рэліг. школа апроч таго %	Хэдэр і сьвецкая школа Абс	Хэдэр і сьвецкая школа %	Сьвецкая школа Абс	Сьвецкая школа %	Хатняе навучаньне Абс	Хатняе навучаньне %	Усяго апроч рэліг. школ Абс	Усяго апроч рэліг. школ %
Навучаецца	4—7	М.	4	33,3	—	—	4	33,3	4	33,3	—	—	12	100
		Ж.	1	11,1	—	—	—	—	8	88,9	—	—	9	100
		а. п.	5	23,8	—	—	4	19	12	57,2	—	—	21	100
	8—14	М.	24	13,6	7	4	66	37,5	86	48,9	—	—	176	100
		Ж.	24	10,9	—	—	3	1,4	193	87,7	—	—	220	100
		а. п.	48	12,1	7	1,8	69	17,4	279	70,5	—	—	396	100
	15—19	М.	—	—	3	21,4	1	7,1	13	92,9	—	—	14	100
		Ж.	—	—	—	—	—	—	48	100	—	—	48	100
		а. п.	—	—	3	4,8	1	1,6	61	98,4	—	—	62	100
Навучаліся	8—14	М.	—	—	—	—	—	—	—	—	8	100	8	100
		Ж.	—	—	—	—	—	—	—	—	7	100	7	100
		а. п.	—	—	—	—	—	—	—	—	15	100	15	100
	15—19	М.	25	52,1	3	6,2	20	41,7	3	6,2	—	—	48	100
		Ж.	4	6,5	—	—	9	14,5	49	79	—	—	62	100
		а. п.	29	26,4	3	2,7	29	26,4	52	47,2	—	—	110	100
	20—24	М.	8	42,1	—	—	11	57,9	—	—	—	—	19	100
		Ж.	6	14,6	—	—	7	17,1	23	56,1	5	12,2	41	100
		а. п.	14	23,3	—	—	18	30	23	38,3	5	8,4	60	100
	25—34	М.	44	73,3	10	16,7	15	25	1	1,7	—	—	60	100
		Ж.	16	17,8	—	—	10	11,1	23	25,6	41	45,5	90	100
		а. п.	60	40	10	6,7	25	16,7	24	16	41	27,3	150	100
	35—44	М.	50	66,7	24	32	24	32	1	1,3	—	—	75	100
		Ж.	17	15,3	—	—	13	11,7	20	18,1	61	54,9	111	100
		а. п.	67	36	24	12,9	37	20	21	11,3	61	32,7	186	100
	45—54	М.	101	84,9	41	34,5	10	8,4	—	—	8	6,7	119	100
		Ж.	17	22,4	—	—	7	9,2	8	10,5	44	57,9	76	100
		а. п.	118	60,5	41	21	17	8,7	8	4,1	52	26,7	195	100
	55—64	М.	97	90,7	30	28	9	8,4	1	0,9	—	—	107	100
		Ж.	10	31,2	—	—	2	6,3	1	3,1	19	59,4	32	100
		а. п.	107	77	30	21,6	11	8	2	1,4	19	13,6	139	100
	65—74	М.	57	89,1	24	37,5	6	9,4	—	—	1	1,5	61	100
		Ж.	2	50	—	—	—	—	—	—	2	50	4	100
		а. п.	59	86,8	24	35,3	6	8,8	—	—	3	4,4	68	100
	75 і больш	М.	19	82,6	11	47,8	4	17,4	—	—	—	—	23	100
		Ж.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		а. п.	19	82,6	11	47,8	4	17,4	—	—	—	—	23	100
		М.	401	76,7	143	27,3	99	18,9	6	1,1	17	3,3	523	100
		Ж.	72	17	—	—	48	11,4	124	29,3	179	42,3	426	100
		а. п.	473	50	143	15,1	147	15,6	130	13,7	196	20,7	946	100

Die deklassierten Juden in Minsk.

(Eine sozial-hygienische Untersuchung)

von Dozent S. Dichtjar.

ZUSAMMENFASSUNG.

1. Die gegebene Untersuchung geht von einigen theoretischen Voraussetzungen aus. Jede sozial hygienische Untersuchung hat als Objekt nicht die individuelle Gesundheis in ihrer Abhängigkeit von den sozialen Bedingungen oder unter dem Gesichtspunkt ihres Einflusses auf die soziale Umgebung, sondern die Gesundheit dieser oder jener sozialen Gruppe als Faktor des Betriebes. Das letztere Kennzeichen jeder social-hygienischen Untersuchung ist das wichtigste und es besimmt das Verhalten der socialen Hygiene zu den anderen prophylaktischen Disziplinen einerseits und zur Rassenhygiene, die auf Rassenbiologie basiert, anderseits. Die Prophylaktik der Erkrankungen stellt natürlich noch nicht die soziale Hygiene vor und das „prophylaktische Verhalten" dem Kranken gegenüber ist nicht dasselbe, wie das social-hygienische Verhalten zur Gesundheit der Massen. In gleichen Weise sind in gewissem Sinne die Prinzipien der sozialen und Rassen-Hygiene ganz verschieden und widersprechen sich gegenseitig. Die soziale Hygiene geht aus der Möglichkeit und Unbendingtheit der Verbesserung der Massengesundheit hervor, durch Verbesserung der sozialen Bedingungen: in erster Linie die Vernichtung der Kapitalistischen Wechselbeziehungen; die Rassenhygiene hingengen ist ihrem Wesen nach reaktionär, weil sie aus dem segensreichen Einfluss der „natürlichen Auslese" in der menschlichen Gesellschaft entspringt und aus ihrer Möglichkeit und Zweckmässigkeit der Beschützung der sogenannten „reinen Rassen", deren Bestehung, wie es bekannt ist, von der zeitgenössischen Anthropologie nicht anerkannt wird. Auf diese Weise ist die sociale Hygiene, ohne die wichtgkeit und Bedeutung der biologischen Untersuchungen (der Erblichkeit) im Zustande der Massengesundheit abzulehnen, die eigentliche Wissenschaft von der Gesundheit der Massen, als Faktor des Betriebes, wobei man unter letzterer nicht nur die physische Arbeit versteht, die nach Killogrammometern gemessen wird, sondenr auch die Schöpferische Antsrengungen des Menschenkollektivs auf der materiellen Basis der gegenwärtigen Technik.

2. Als Objekt der Untersuchung erscheint die Gruppe der Bevölkerung, die wie es bekannt ist, nicht am Wirtschaftsleben teilnimmt, doch vom Gesichtspunkt der Möglichkeit ihrer Rolle im Betriebs Leben ist sie in social-hygienischer Hinsicht von Interesse. Wie es durch eine Reihe historisch—ökonomischer Tatsachen und Materiallen über den Zustand des zeitgenössichen Judentums in verschiedenen Ländern bewiesen wird, ist das Judentum deklassiert (wenn man die zeitgenössiche jüdische Bourgeoisie nicht mitrechnet), es ist eine eigenartige soziale Gruppe, deren charakteristische Merkmale sich noch lange vor der Oktober-Revolution festlegten, welche auf diese Weise garnicht auf die Entstehung diese Gruppe wirkte; sie entstand unter dem Einfluss der ökonomischen und

historisch-politischen Bedingungen des alten zaren—Russlands, in welchem sie in spezifische Bedingungen ökonomischer und kultureller Isolierung gestellt war. Auf diese Weise, ohne das Schicksal der einzelnen Glieder der Gruppe zu berühren, kann man sagen, dass die ganże Gruppe nicht darum deklassiert ist, weil sie von irgend einer klasse zurückgeblieben ist, sondern darum, weil sie keinerlei Betriebsfunktionen erfüllt und nur von diesem Gesichtspunkt aus nennt man sie deklassiert.

3. Die sanitäre Untersuchung der Lebensweise nach besonderen Fragebögen haben sich 1159 Familien unterzogen (4720 Menschen), der medizinischen Untersuchung 1092 menschen. Diese Zahlen sind fur die Charakteristik der ganzen Gruppe genügend. Es war unmöglich die demographischen Ergebnisse in der Centralen Statistischen Verwaltung anzuwenden, weil es nicht gelang Material auszusondern, welches sich auf die Untersuchungsgruppe bezieht. Die allgemeinen nationalen Kennzeichen zu benutzen, muss man methodologisch für unrichtig halten, weil die gleichen sozialen Gruppen der verschiedenen Nationalität gleiche demographische Kennzeichen ergeben und umgekehrt, die verschiedenen socialen Gruppen einer und derselben Nationalität verschiedene Kennzeichen haben. Im Allgemeinen muss man besonders unterstreichen, dass die günstigen demographischen Anzeichen an sich zur social-hygienischen Begutachtung der Gruppe nicht genügend sind. Darum beruht unsere Untersuchung hauptsächlich auf den sogenannten geraden social-hygienischen Kennzeichen.

4. Je nach dem beruflichen Bestand werden die Untersuchte folgendermassen verteilt: Landarbeiter—2,2%, Handarbeiter—35,5%, Kleinkrämer—15%, Hädler—12,8%, Althändler—3,1%, Schwarzarbeiter—7,7%, Lastträger 2,5% Dienende—8%, religiöse Angestellte—6,6%, Berufsbettler—1,8% und übrige—4,4%. Die berufliche Zusammenstellung der väter der Untersuchten war folgende: Landarbeiter—5,6%, Handwerker—40 %, Kleinkrämer—0,6, Händler—18,6%, Schwarzarbeiter—2,8%, Lastträger—1,3%, religiöse Angestellte—12,2%, Dienende—6,5%, Bettler—0,4%, übrige—5,5%, nich angegeben sind—3,4%. Der Vergleich mit dem beruflichen Bestandteil analoger sozialer Gruppen in anderen Städten (Jekaterinoslaw, Odessa) der vor-Revolutionszeit zeigt, dasz die Gruppe der Menschen, die keine Beschäftigung haben oder keine bestimmte angeben, jetzt viel weniger bedeutet: die sogen. „Luftleute“ mussten sich mit irgend etwas Bestimmtem beschäftigen, wenn auch die materielle Lage sich daudurch nicht zu verändern brauchte.

5. Der Haushalt der Untersuchten wird folgendermassen charakterisiert: bis 10 Rub. monatlich haben 6,3%, 10—20 Rub.—17,5%, 20—30 Rub.—26,4%, 30—40 Rub.—27%, 40—50 Rub. 11,9%, 50—60 Rub.—6,3%, 60—70 Rub. —2,2%, 70—80 Rub.—1,5%, 80—90 Rub.—0,9%. Charakteristisch für den Haushalt der Untersuchten ist: das Vorhandensein von Familien, die von Seiten der allerhöchsten Gruppen Unterstützung bekommen, die Vergrösserung der Einnahme in Abhängigkeit von der Zahl der Arbeitsfähigen nicht in so bedeutendem Grade vie unter anderen Bevölkerungsgruppen (Bauern), ein grosser Prozentsatz (43,1%) Arbeitsfähiger die keine Einnahme haben.

Auf diese Weise sind die Untersuchungen des Haushalts der Gruppen höchst unsicher in ihren Umfängen und in ihrer Beständigkeit.

6. Der Einfluls auf die Ernährung und die Befriedigung der anderen Bedürfnisse der untersuchten Haushalte haben sich in dem Sinne gezeigt, dass in erster Linie das Bedürfnis nach heisser Kost befriedigt vird (im ganzen 8,8% hat sie nicht), in zveiten—das Bedürfnis nach zucker (33% hat nicht genügend Zucker), in dritter—das Bedürfnis nach Väsche (49% hat nicht genug Väsche), in vierten—das Bedürfnis nach Schuhwerk (51,5%

hat nicht genügend Schuhverk), in fünften—das Bedürfnis nach Vinterkleidung (55,5°/₀ hat nicht genügend Vinterkleidung), in sechsten—das Bedürfnis nach Oberkleidung (63,3°/₀ hat nicht genügend Oberkleidun) und zuletzt das Bedürfnis nach Fetten (80,7°/₀ hat nichtgenügend Fette).

7. Die sanitäre Beurteilung der Vohnungen ist folgende: 18,5°/₀ dunkle Vohnungen; 48,5°/₀ feuchte, 51,6°/₀ kalte, in 46,4°/₀ Vohnungen sind keine klappfenster, in 73°/₀ ist keine Vasserleitung, 43,8°/₀ verden schmutzig gehalten; auf 1. Einvohner kommt veniger als ein Quadrat-Meter in 30,7°/₀, 1—2 Qu. Meter in 44,2°/₀, 2—3□ Meter in 18,4°/₀, 3—4□ m. in 6,7°/₀. 41,5°/₀ Vohnungen bestehen aus 1 Zimmer, 43,3°/₀ aus zvei, 15,2°/₀, aus 3. 46,5°/₀. Vohnungen sind gemeinschaftlich, 47,6°/₀—besondere (5,9/°₀ sind nicht angegeben).

Die Gegenüberstellung der Güte der Wohnungen mit der Anzahl der Familienglieder zeigte einen unbedingten Zusammenhang zvischen den Familienverhältnissen und den Wohnungsbedingungen: in Einzimmer—Vohnungen kommt auf 1 Familie 3,1 menschen, in 2 Zimmer—Vohn.—4, 5, in 3 Zim.—Vohn. 5, 4, in einzelnen Vohnungen 4,6, in Gemeinschaftsvohn. 3,5. In Bezug auf den Bestand der Familie unterscheidet sich die untersuchte Gruppe von den übrigen Juden durch eine viel grössere Anzahl Verheirateter: 788,6 Männer und 619,3 Frauen gegen 603,2 Männer und 522,5 Frauen auf 10000 Einwohner.

8. Unter allen Untersuchten vechseln 1 Mal in der Woche die Leibwäsche—81,5°/₀, 1 Mal in 2 Wochen—14,5°/₀, 1 Mal in3—4 Wochen—1,9°/₀, seltener—1,9°/₀, wechseln nicht—0,2°/₀; Bettwäsche wechseln 1 Mal in der Woche—22,4°/₀, 1 Mal in 2 Wochen 40,3°/₀, 1 Mal in 3—4 Wochen—22,3°/₀, seltener 9,2°/₀, wechseln nicht—5,8°/₀. Es waschen sich in der Badstube öfter als 1 Mal in Monat—22,7°/₀, 1 Mal in Monat 19,1°/₀, einige Mal in Jahre 11,6°/₀, seltener 30,6°/₀, es waschen sich nicht 15°/₀. Diese Ergebnisse unterscheiden sich nicht viel von den Ergerbnissen der Untersuchungen der ukrainichen Dörfer. Sehr interessant ist auch die Tatsache, dass bei den ukrainischen Bauern ebenso wie bei den deklassirten Juden der Stadt Minsk die Kindliche Bevölkerung sich unter besseren individuallen Bedingungen befindet, als die erwachsene.

9. Die Analyse der Angaben über die verschiedenen Geburtsorte zeigt, dass je jünger die Untersuchten sind, desto kleiner der Prozentsatz derjeniger ist, die nicht in der Stadt geboren sind (durchschnittlich 69,3°/° sind in der Stadt geboren, 28,7°/₀ in Ortschaften und 2°/₀, auf dem Lande). Die Angaben über die Erbliche Belastung sind folgende: Alkoholismus in 1,8°/₀, Tuberkulose—15,7°/₀, Nerven Krankheiten gegen 3°/₀, bösartige Geschwülste—11°/₀, Diathese gegen 5°/₀. Eine unnormale Entwicklung in der Kindheit ist bemerkt bei 21,3°/₀ Männern und 17,3°/₀ Frauen. Was die überstandenen Krankheiten betrifft, so sind bezeichnet bei 67,3°/₀ Masern, bei 21,2°/₀—Scharlach, bei 36,6°/₀ Paraziten Typhen, bei 5,2°/₀ Magentyphus, 63,9°/₀—übrige Krankheiten und in 7,6°/₀ die Abwesenheit jeglicher Erkrankungen. Die gegebenen Tatsachen über die parasitaren Typhen—fallen mit den gegebenen Tatsachen in Bezug auf die anderen Nationalitäten zusammen.

10. Die individuellen Eigenschaften der Untersuchten charakterisiern sich durch folgende Angaben: gute Ernährung bei 11,9°/₀, befriedigende—bei 38,8°/₀, Schlechte—bei 49,3°/₀; Unnormale Wirbelsaülen sind bei 32,4°/₀, bemerkt und unnormale Brustkasten bei 23,7°/₀. Die Analyse dieser Angaben zeigt die Veränderlichkeit dieser Eigenschaften in Verbindung mit dem Alter—diese Tatsache hat eine grosse Bedeutung für konstitntionelle charakteristik. Und die Eigenschaften der geschlechtlichen Sphäre, wie er sich nach unseren Ergebnissen erweist, hängt von einer Reihe sozialer

Faktoren ab: so ist das Alter des Anfangs der Menstruation bei den untersuchten Frauen viel früher, wie bei anderen Nationalitäten, verspätet bejener Altersgruppe, die zur Generation gehört, die die härteste Zeit der sozialpolitischen Untendrückung während der Zaren-Reaktion in den 80-er und 90-er Jahren des vorigen Jahrhnndert durchgemacht hat. Die Zahl der Geburten, die auf 1 Frau kommen verringert sich zugleich mit der Abnahme des Alters der Untersuchuugsgruppe.

11. Die antropometrischen Anzeichen der Untersuchten sind folgende: mittlere grösse—162,7 cm., das gewicht 57,7 kilogr., Brustumfang 86, 91 cm. Diese Ergebnisse stimmen mit den Ergebnissen anderer Forscher in Bezug auf die weissruss. Juden überein. Uberhaupt müsste man unterstreichen, dass die Analyse der Literatur hervorhebt, dass die antropometrischen Anzeichen von den sozialen Bedingunden abhängen, jedenfalls nicht weniger, als von den Rassen bedingungen (den Nationalen). Bei den Juden wirden überall kleinere antropometrische Anzeichen beobachtet, als bei der umgebenden Bevölkerung, jedoch die kleineren antropometrische Anzeichen keine Kennzeichen eines schlechteren physischen Zustandes. Im Übrigen wird dises beweisen durch die Gegenüberstellung der antropometrischen Ergebnisse der verschiedenen Rassen mit anderen Kennzeichen der sozialen gesundheit der juden.

12. Die Zahl der Erkrankungen der Bevölkerung wird für das ursprüngliche Kennzeichen der sozialen gesundheit gehalten. Jedoch vom gesichtspunkt unseres Begriefens der sozialen Hygiene müsste man unter der Erkrankung einen pathologischen Zustand verstehen, der für die Betriebsfähigkeit von Bedeutung ist. Die Zahl der Erkrankungen ist folgende: bei 32,7% sind Erkrankungen der Luftorgane bemerkt, bei 20,6%—bei den organen des Blutumlaufes, bei 15,3%—Krankheiten der Verdauung, bei 4,6%—Krankheiten des Nervensistems, bei 4,5%—allgem. Erkrankungen. Selbstverständlich gibt es noch Unterschiede je nach geschlecht und alter. Die allgemeinen Ergebnisse: die untersuchte gruppe zeigt keine spezifischen kennzeischen der Erkrnnkungen, die man duch die sozialen Bedingungen, in welcher die gruppe sich befindet, nicht erklären könnte.

13. Der Vergleich des Kulturniveaus (je nach der Zahl der des Lesens und Schreibens kundigen Menschen) in der untersuchten Gruppe mit den anderen Gruppen der Bevölkerung zeigt, dass es bestimmt wird nicht durch die Zugehörigheit zu dieser oder jener Nationalität, sondern durch ihre soziale Charakteristik: das Kulturniveau der deklass. Juden der Stadt Minsk ist nicht nur tiefer, als bei den anderen Juden, sondern auch tiefer, als bei der ganzen übrigen Bevölkerung von Minsk. Charakteristisch für die Gruppe ist, dass die grössere Hälfte keinerlei Beruf erlernt (55,1% Männer und 69,4% Franen).

14. Alle Ergebnisse und Analysen der Materialen beweisen, dass die deklass. Juden in der St. Minsk charakterische Merkmale der urbanisierten und pauperisierten Bevölkerung zeigen, die sich unter bestimmten sozialen Bedingungen festgelegt haben, und man braucht von keinerlei besonderen beruflichen Neigungen zn sprechen. Man kann nur mit Bestimmtheit unterstreichen, dass die Hinzuziehung der Untersuchten zur normalen Tätigkeit und zur industrialisierten Landwirtschaft vom Standpunkt ihres jetztigen Gesundheitszustandes aus ihren Interesen entspricht.

ЛИТЕРАТУРА.

1. *Ferdinand Hueppe.*—Zur Geschichte der sozial. Hygiene. (Teleky Schlossmann, Gottsteins Hb. B. I 1925).

2. *Fischer.* Gründriss d. Socialen Hygiene 1925.

3. Проф. *З. Г. Френкель.* Общественная медицина и социальная гигиена. 1926.

4. *А. Доброславин.* Гигиена. Курс общественного здравохранения, ч. I и II. 1889.

5. *E. G. Dresel.* Sociale Fürsorge 1922.

6. Проф. *Н. А. Семашко.* Социальная гигиена ее сущность и значение. Социальная Гигиена, ред. Молькова. 1927.

7. *Н. А. Семашко.* Производительность труда и Охрана Народного Здраиия.

8. *Н. К. Кольцов.* Влияние культуры на отбор в человечестве. Русск. Евгенич, журнал т. II, в. I. 1924.

9. *Людвиг Вольтман.* Политическая антропология. 1910.

10. *Феликс Лушан.* Народы, расы, языки. 1926.

11. *К. Каутский.* Еврейство и раса. 1918.

12. *Чемберлен.* Евреи. 1907.

13. *И. Цольшан.* Расовая проблема 1914.

14. *M. Fischberg.* Die Rassenmerkmale den Juden. Blätter für Demographie Statistik Wirtschaftskünde der Juden № 1—1929.

15. Prof. *Hans Friedental.* Zür Antropologie der Juden. Zeitschrift für Demographie und Statistik d. Juden 1-3. 1926.

16. *Л. Шейнис.* Псевдо-антропологические основы антисемитизма. („Проблемы криминологии и социальной психологии").

17. *С. А. Оранский.* Основные вопросы марксистской социологии. 1929 г.

18. Сборник материалов об экономическом положении евреев в России. т. т. I и II, 1904.

19. *И. Бродовский.* Еврейская нищета в Одессе в 1902 г.

20. *Войтинский и Горштейн.* Евреи в Иркутске. 1915 г.

21. *А. И. Субботин.* В черте еврейской оседлости. 1888 г.

22. *Артур Руппин.* Евреи нашего времени. 1918.

23. *J. Lestschinsky.* Wirtschaftlicher Verfall des Osteüropeischen Judentums. Blätter f. Demographie e. t. c. № 5—1925.

24. *J. Minzin.* Judische Handels und Industriebevölkerung Litauens. Blätter f Demographie etc № 5—1925.

25. *B. Locker.* Das Judische Gewerbe in Polen. Zeitschrift. f. Demographie etc № 1—3 1926 I H.

26. *S. Segal.* Judische industrielle Unternehmungen in Polen. Blätter f. Demographie e.t.c. № 1—1923.

27. *Lestschinsky*. Idem. Там же № 3 1923.

28. *D-r. Saul Mezan*—Ueber. Gesündheitsverhältnisse der Juden in Bulgarien. Ose Rundschaü № 4—1927.

29. *Prof. Brutzkus*. Die Socialekonomische Lage der juden in Russland v. 1905 j bis die Jungste Gegeuwart. Blätter für Demograpnie etc № 1—2 1923 г.

30. *Всесоюзная перепись населения* 1926, т. т. X и XXVII. 1928.

31. *Слупский*. Евреи в Б.С.С.Р. (по рукописи).

32. *Проф. И. М. Гран*. К вопросу о методике биологического изучения расы и нации. Вопросы биологии и патологии евреев. Вып. II. 1928.

33. *Lestschinsky*. Die Aüfgaben der Judischen Statistik. Blätter für Demographie etc № 1—1923.

34. *Биншток и Новосельский*. Материалы по естественному движению еврейского населения в Европейской России за 40 лет. Труды ОЗЕ, вып. III. 1915.

35. *Биншток и Новосельский*. Евреи в Ленинграде. Вопросы биологии и патологии евреев, вып. I. 1926; вып. II.—1928 г.

36. *Я. Лещинский*. Движение еврейского населения в России за 1897—1916 г. там-же. Вып. II—1928 г.

37. *Вайсберг*. Движение еврейского населения Зиновьевска за 1901—1915, там-же, вып. II.1928 г.

38. *Финкельштейн*. Естественное движение населения гор. Одессы, там-же. Вып. II—1928 г.

39. *Браудэ*. Материалы по естественному движению еврейского населения в Москве за 48 лет (1870—1917), там-же. Вып. I—1926 г.

40. *В. И. Биншток*. Евреи в Амстердаме. Там-же вып. I—1926 г.

41. *Ульмен*. К вопросу о жизнеспособности и смертности еврейского населения. (Arch. f. Rassen û Gesellschafts biologie B. 18 t.—I—1926. по реферату в Русс. Ев. журнале т. IV—1927 г.)

42. *С. Непомнящий*. Куда идут Паричи? Трибуна Евр. Сов. Общ. № 2—1927 г.

43. *Статистический ежегодник*. 1924—25. Изд. Ц. С. У. Б. С. С. Р. 1925—1926 г.

44. *A. Korff-Petersen*. Die Wohnung als Grunlage der Gesundheitsfürsorge. (Teleky Schlossmann Gottstein Hb. B V—1927).

45. *E. Wernicke*. Die Wohnung in Ihrem Einfluss auf krankheit und Sterblichkeit. Krankheit u. Soziale Lage (Mosse u Tugendreich) 1913.

46. *Weinberg*. Der Einfluss der Sozialen Lage auf krakheit und Sterblichkeit der Frau. Там-же.

47. *Mosse*. Der Einfluss der Sozialen Lage auf die Tuberculose. Там-же.

48. *Laquer*. Der Einfluss der Sozialen Lage aüf den Alkoholismus. Там-же.

49. *Tugendreich*. Der Einfluss der Sozialen Lage aüf Krankheit und Sterblichket des Kindes. Там-же.

50. *А. Н. Марзеев*. Жилища и санитарный быт сельского населения Украины. 1927.

51. *Сысин*. Проблемы коллективной жизни с точки зрения социальной гигиены. II Жилище. Социальная гигиена ред. Молькова. 1927 г.

52. *I. Кайр*. Konstitution und umwelt in Lehrlingsalter. 1922.

53. *М. Пфаундлер*. Биологические и общепаталогические особенности ранних ступеней развития. Перев. Сыркина 1926 г.

54. *Матес.* Конституциональные типы женщин. 1927 г.

55. *I. Кайр.* Конституциональная гигиена и терапия. „Новое в Медицине" № 1—1923 г.

56. *Шевкуненко.* Типовая и возрастная анатомия. 1925 г.

57. *Л. А. Тарасевич.* Эпидемии последних лет в России. Общественный врач № 1—1922 г.

58. *Томилин.* Материалы о социально-гигиеническом состоянии Украинской деревни. 1924 г.

59. *Проф. В. И. Молчанов.* Растройства роста и развития у детей. 1928 г.

60. *Дпхтяр, Смулевич, Эйнгорн.* Рабочая молодежь Белоруссии. 1926 г.

61. *Чистяков и Бару.* К вопросу об оценке упитанности по методу Oedera—Дети-украинцы школьного возраста. Ред. Николаева 1927 г.

62. *С. М. Экель.* Инфекционные заболевания на Украине. 1927 г.

63. *С. Левит.* Проблема конституции в медицине и диалектический материализм. „Медицина и диалектич. материализми". II.

64. *F. E. Herschtein.* Eintritt der Menstruation und Beginn des geschlechtlichen Lebens bei der Arbeiterinen verschiedener Nationalitäten der Stadt Charkow. Ose Rundschaü № 4—1927.

65. *И. А. Бухбиндер.* История Еврейского рабочего движения в России. 1925 г.

66. *Киржниц.* 1905 г. Еврейское рабочее движение. 1928 г.

67. *А. Я. Штернберг.* Учение о конституции и клинике. 1924 г.

68. *А. Д. Элькинд.* Евреи. Труды Антропологич. отд., т. XXI—1902 г.

69. „ „ Евреи. Русск. Антрополог. журнал № 3—1902 г.

70. *А. А. Сьмірноў.* Антраполегічная характарыстыка груп беларусаў Менскай Акругі. Зборнік Інстытуту Беларускай Культуры. 1928 г.

71. *Rudolf Martin.* Lehrbüch der Autropologie. B. I—1928.

72. *П. А. Горский.* К характеристике физического развития населения Бобруйского уезда Минской губ. По данным призывных списков воинского присутствия за 1874—1899 г. Диссертация 1910 г.

73. *Д. Л. Эйнгорн.* Матар'ялы да антрапомэтрычнага вывучэньня беларусаў і яўрэяў г. Менску ўва ўзростце 6—14. Зборнік етс. 1928 г.

74. *Статистический ежегодник.* В. II, ч. I. 1925.

75. *Моносзон-Любіна.* Аб фізычным стане вучняў працоўных школ г. Гомеля. Зборнік етс 1928 г.

76. *О. В. Недригайлова.* Телосложение и спорт. На основании материалов развития физкультурников гор. Харькова. 1928 г.

77. *Проф. А. Богомолов.* Введение в учение о конституциях и диатэзах. 1926 г.

78. *Негели.* Общее учение о конституции. 1929 г.

79. *А. Кронтовский.* Наследственность и конституция. 1925 г.

80. *Т. И. Юдин.* Евгеника. 1928 г.

81. *Куркин.* Физическое развитие призывного возраста в Германии. Реферат работы Meinshaüsen. Гигиена и Эпидем. № 1. 1922 г.

82. *Маслов.* Учение о конституциях. 1926 г.

83. *В. В. Бунак.* Антропометрия ее методы и задачи. (Методика антропометрических исследований). 1927 г.

85. *В. В. Бунак.* Антропометрия, как метод социальной гигиены Соц. гигиена, ред. Молькова 1927 г.

85. *„Калмыки“.* Изследование санитарного состояния и запаса жизненых сил под ред. Молькова. 1928 г.

86. *Дурново.* Антропометрия в практике врача и педолога. 1928.

87. *В. В. Бунак.* Материалы для сравнительной характеристики санитарной конституции евреев Русс. Евгенич. Журнал, т. II, в. 2-3. 1924 г.

88. *O. Nedrigailow.* Nationale und Sociale Unterschiede der Muskelkraft etc. Ose-Rundschau № 5—1927.

89. *А. Гротьян.* Социальная патология, т. II. 1927 г.

90. *Вигдорчик.* Очерки профессиональной гигиены. 1925 г.

91. *Mosse und Tugendreich.* Krankheit und Sociale Lage. Einleitung. 1913.

92. *Fritz Lenz.* Die Krankhaften Erbanlagen (Baur. Fischer, Lenz—Menscgliche Erblichkeitslehre und Rassenhigiene) B. I 1927.

93. *Siemens.* Einführung in die Allgemeine und specielle Vererbüngpathologie des Menschen 1923.

94. *Н. Н. Аничков.* Учебник патологической физиологии. 1928 г.

95. *Tendeloo.* Введение в констелятивное изучение болезни. Практ. Медицина. 1925 г.

96. *Томилин.* Идея социалистического обоснования санитарной идеологии. Культурно-социальные основы профилактики. Профилактическая Медицина за 1922 г.

97. *Б. Я. Смулевич.* Заболеваемость и смертность населения городов и местечек БССР. 1928 г.

98. *Э. М. Каган.* Физическое состояние рабочих подростков на основании антропометрического изследования. Труды и материалы I Украинского Инст. рабмеда, вып. II. 1925 г.

99. *Shawelik und Alexandrow.* Untersuchüngen an den Zöglingen des judischen. Arbeiterjugend. hauses in. Odessa. Ose-Rundschau № 3—1926.

100. *И. Качан.* Состояние здоровья украинских подростков. Труды и материалы I. Украинского Института Рабмеда, вып. II—1925 г.

101. *С. И. Ратнер.* Состояние здоровья родившихся в 1904 г. в Слуцком Округе. Белор. Медиц. Мысль № 1--1928 г.

102. *M. B. Rosenblum.* Beitrag zur Rassenpathologie. Ose Rundschau № 3—1926.

103. *Prof. Strausz.* Erkrankungen durch Alkohol und Syphilis bei den Juden. Zeitschrift für Demografie u. Statistik d. Juden.

104. *Prof. Toby Cohn.* Nervenkrankheiten bei Juden там-же № 1—3 1926 2 Hbjahr.

105. *Ludwig Trigyes.* Ueber Geistes und Nervenkranheiten und Gebrechlichkeiten unter d. Juden. Ose Runoschau № 9—1927.

106. *Проф. Кроль и ординатор Богорад.* Нервные заболевания в Белоруссии по материалам клиники Нервных болезней Б. Г. У. и Н.К.З. Белорус. Медицинская Мысль № 7—9.1926 г.

107. *Prof. Strausz.* Das Tuberkulose Problem bei d. Juden. Ose Rundschau № 2—1927.

108. *Lewinzon* Kurze. Bemerküngen üeber Aügen krankheiten bei Juden. Zeitschrift für Demographie etc № 1—2—1927 I Hbja.

109. *Кантор.* К вопросу об этиологии близорукости (по рукописи).

110. *Goldfeder*. Vergleichende Aügenuntersuchungen bei Juden und Niht-juden (Jugendlichen) in der Ukraine. Ose Rundschaû № 3. 1927.

111. *I. C.* Die Sterblichkeit an Typhus bei den Juden in Odessa. Blätter fur Demographie etc № 2—1929.

112. *M. Guttman*. Die Krakheiten der Juden. Там-же № 5—1925.

113. *В. Я. Бруцкус*. Профессиональный состав Еврейского Населения России по материалам I-ой переписи населения 28.1. 1897. 1908 г.

114. *И. Бикерман*. Материалы к законопроекту об отмене черты еврейской оседлости. Экономическая деятельность. Вып I. 1911 г.

115. *Юлий Гессен*. О жизни евреев в России. Записка в Государственную думу 1906 г.

116. Замечания на записку князей Голициных о черте оседлости евреев, составленная служащим в министерстве финансов, статским советником Н. Д. Градовским etc 1886 г.

117. *Н. А. Вигдорчик*. Естественный профессиональный отбор с точки зрения профессиональной гигиены. 1928 г.

118. *Н. А. Семашко*. Рецензия на № 117 Центр. Мед. Журнал, т. III, вып. II. 1928 г.

119. *Ранке*. Человек 1900 г.

120. *Ю. Ларин*. Социальная структура еврейского населения СССР (к вопросу об антисемитизме). Большевик № 15—1928 г.

121. *Сталин*. Тезисы по национальному вопросу. XII с'езд партии (по сборнику „Марксизм и национальный вопрос“ ред. Равич-Черкасского, 1923 г.)

122. *Отто Бауэр*. Национальный вопрос и социал-демократия.

123. *Е. Ф. Лискун*.-Экстерьер сельско-хозяйственных животных, 1928 г.

З Гістолёгічнага Інстытуту Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту.
Дырэктар праф. **П. А. Маўрадзіадзі.**

Да пытаньня аб пабудове ядзерак кішочнага эпітэлію ў Angiostomum (Rhabdonema nigrovenosum).

Асьпірант д-р **П. Я. Герке.**

I.

Па прапазыцыі праф. П. А. Маўрадзіадзі я заняўся дасьледваньнем падзелу клетак кішочнага эпітэлію ў нематоды Rhabdonema nigrovenosum, паразытуючага ў лёгкіх жабы.

Прычынай абраньня дадзенага аб'екту для вывучэньня была праца Hoyre'a (1890) г., у якой аўтар паказваў на кішкавы эпітэлій Rhabbonemae nigrovenosum як на „prägnante Beispiele von direkten Kernteilung" і на вялікую велічыню ядзер і ядзерак кішочнага эпітэлію.

Матар'ял для дасьледваньня браўся ў восень 1927 году, а таксама паступова ў працягу зімы 1927 году.

Фіксацыя праводзілася сулямой з 5 проц. воцатнай кіслаты, сумесьсю Цэнкера, абсолютным алькаголем, а таксама формалінам. Пасьля фіксацыі ў кожнага аб'екту вымяралася як даўжыня, таксама і таўшчыня. Даўжыня хісталася ў розных аб'ектаў ад 9,2 м.м. да 3,7 м.м., таўшчыня ад 0,4 м.м. да 0,2 м.м.

Таўшчыня нематод давала надта моцныя індывідуальныя хістаньні, так што пры вызначэньні ўзросту прыходзілася базавацца на вымярэньні даўжыні нематоды.

Вызначэньне ўзросту дало мне некаторыя дадзеныя ў сэнсе ядзернага поліморфізму і цячэньня ядзерных і ядзеркавых працэсаў як у маладым, так і ў сярэднім і больш старым узросьце.

Усе дасьледваныя мною нематоды заліваліся паасобку ў парафіне. Афарбоўка зрэзаў вытваралася пераважна гематоксілінам па Гейденгайну з наступовай моцнай дыфэрэнцыроўкай у жалезным галуне, бо ядзеркі занадта дужа афарбоўваліся гематоксілінам і цяжка паддаваліся дыфэрэнцыроўцы. Асабліва моцна ўспрымаюць гематоксілін ядзеркі больш маладых аб'ектаў і надта цяжка паддаваліся ў момант апрацоўкі дыфэрэнцыроўцы, якая часта не давала добрых вынікаў. Добрыя вынікі давала афарбоўка гематоксілінам Бемера ў працягу двух мінут, з наступным прамываньнем прэпарату ў працягу гадзіны ў праточнай вадзе. Сафранін даваў таксама добрыя вынікі пры дафарбоўцы ліхтгрюнам. Борны кармін даваў дыфузную афарбоўку, і мною мала ўжываўся. У якасьці протоплязматычнай афарбоўкі ўжываліся ліхтгрюн, эозін і оранж.

II.

Кішочны канал нематоды Rhabdonema nigrovenosum складаецца з трох частак: 1) цяглічнай глоткі, 2) найбольш доўгай сярэдняй кішкі і 3) кароткай задняй кішкі, прадстаўляючай сабою зьвіваючуюся трубку без залозістых дадаткаў. У парожні кішочнага каналу можна адзначыць у стане распадзеньня эрытроцытаў жабы, ядра якіх часта яшчэ афарбоўваюцца ядзернымі фарбамі.

Эпітэлій кішочнага каналу складаецца з аднаго пласту вялікіх клетак цыліндрычнай, кубічнай, а ў задняй кішцы плоскай формы. Вольная паверхня эпітэлію пакрыта каемачкай тонкіх і кароткіх расьнічак. Протоплазма эпітэлію на фіксакаваных іафарбаваных прэпаратах мае валакнавата-сеткавую пабудову. У петлях паміж валокнамі заўважваюцца рознай велічыні зярняткі, якія моцна афарбоўваюцца ядзернымі і плазматычнымі фарбамі. Зерні маюць концэнтрычную пластавасьць з больш моцна зафарбованым цэнтрам, або ня маюць яе. **Карпаў** (1904 г.), вывучаўшы гэтыя зёрны, ня мог высьветліць іх значэньня і адносіць іх да зьявішч стрававальнай дзейнасьці клетак кішочнага эпітэлію. Я мог адзначыць, што протаплазма мае валакнавата-зярністую пабудову з перавагай зёран у больш маладых нематод і перавагай фібрыляй у больш старых, так што атрымоўвалася ўражэньне зярністай пабудовы ў першых і фібрылярна-сеткавай у другіх.

Звычайна пасяродку, бо адступаючы да базальнага краю, ляжыць ядро круглай альбо авальнай формы. Ядро мае дробна-зярністы касьцюк і ў большасьці адно вялікае круглае, або авальнае ядзерка. Абалонка ядра добра выражана і рэзка адгранічвае яго ад протоплазмы. Навокал ядзерка маецца заўсёды слаба афарбованая каемка, даволі шырокая, так званы Vorhof, прысутнасьць якой тлумачаць дрэннай фіксацыяй. Гэта каемка мною наглядалася пры розных фіксацыях ва ўсіх ядрах; разглядаючы яе пры моцным павялічэньні можна адзначыць яе далікатную зярністую пабудову; выходзячы з гэтага я яе разглядаю не як Kunstprodukt, а як уласьцівае кожнаму ядру пабудаваньне. Праўда на некаторых прэпаратах яна была занадта шырокай, што напэўна залежала ад нераўнамернага зморшчваньня частак ядра пры фіксацыі. Часта сустракаюцца ядры, у якіх знаходзяцца па два, па тры і рэдка па чатыры ядзеркі. У такіх выпадках навокал кожнага ядзерка маецца па сьветлай кайме. Акрамя аднаядзерных клетак, сустракаюцца двухядзерныя і часам трохядзерныя. Асабліва многа двухядзерных клетак я сустракаў у маладым і сярэднім узросьце. У гэтых выпадках ядры або прылягаюць адно да другога, або разьмяшчаюцца паводаль. Часам ядры зьліваюцца паміж сабою, такім чынам атрымоўваюцца малюнкі, якія далі магчымасьць Hoyer'у гутарыць аб простым падзеле ядзер у эпітэліі і кішочніку ў Rhabdonemae nigrovenosum.

III.

Hoyer, вывучаўшы ядра кішкавога эпітэлію Rhabdonemae nigrovenosum, апісаў просты падзел ядзер гэтага эпітэлію, за якое, па яго славам, гаворыць форма ядзер і ядзерак. У сваёй працы ён зьмясьціў табліцу, дзе ім выяўлены розныя фазы простага падзелу па схэме Рэмака: спачатку падзел ядзерак, затым бісквітавобразнае выцягваньне і распадзеньне на дзьве паловы ядра і, нарэшце, утварэньне перагародкі паміж дзьвюма клеткамі. Структурай ядзерка Hoyer не займаўся і ў сваёй працы зусім не гаворыць аб ёй.

Карпаў (1904 г.), правяраўшы працу Hoyer'a, ня згодзен з яго вынікамі, кажучы, што яму ні разу не ўдавалася бачыць карцін простага падзелу ядзер кішкавога эпітэлію. Ён кажа: „... во всех виденных мною случаях оба ядра совершенно или почти совершенно одинаковы по величине; обыкновенно они отодвинуты на известное расстояние друг от друга и лишь редко в клетках узких касаются друг друга. Вот в сущности все, что мне удалось наблюдать. Никаких складок и перешнурований ядер в виде бисквита или восьмерки я не видел ни разу, если не считать немного клеток с грубо деформированными ядрами".

Памылку Hoye'ra Карпаў бачыць у тым, што той вёў дасьледваньне на прэпаратах з мэханічна дэформаванымі клеткамі, бо прэпараты рыхтаваліся шляхам раскубаваньня. Шматядзернасьць Карпаў адносіць к выпадку „симуляции", дзякуючы наляганьню клетак адной на другую. Карыокінезу Карпаў ня бачыў і ня мог даць доваду ў карысьць абортыўнага падзелу, хаця схілен яго дапушчаць. Дасьледваючы ядзеркі Карпаў, назіраў у іх сьляды ўнутраной дыфэрэнцыяцыі, „...иногда в виде вакуолей различного колибра, иногда в виде зернистых скоплений или волокнистых тяжей, красящихся сильнее, чем вещество между ними", але не надаваў ім значэньня, хаця гэта навяло яго на мысьль „...не имеем ли здесь дело с „nuclèole noyou" в том виде, как представляет себе это образование Carnoy". Пэўнага погляду, як адбываецца падзел ядзер Карпаў ня даў, абвергнуўшы погляду Hoyer'a аб простым падзелу ядзер у Rhabdonema nigrovenosum.

IV.

Мэтай майго дасьледваньня было вывучэньне структуры ядзёрка і таго ўдзелу, якое яно прымае ў працэсе дзяленьня ядра. Ядзерка мае адносна вялікі разьмер ад 4 μ. да 8,6 μ. у дыаметры, што давала магчымасьць яго больш менш дэтальна дасьледваць. Сваю ўвагу я зьвярнуў на аднічочкі (вакуолі) у ядзёрцы, якія былі апісаны Карпавым у 1904 годзе, але якім Карпаў не надаваў ніякага значэньня; у гэтых вакоулях я на падставе прац і дасьледваньняў праф. П. А. Маўрадзіадзі бачу адну з стадый хромазом і цэнтрыоляй.

Яшчэ у 1925 г. Маўрадзіадзі, стыкаючыся з фактам зьменнасьць хромозом пры дасьледваньні розных аб'ектаў, а асабліва інфузорыі Heterocineta anodontae, выказаў погляд, што „...ни величина, ни форма, ни даже общая структура не являются существенными характерными признаками хромозом; все это изменяющиеся признаки, находящиеся в зависимости, вообще говоря, от состояния клетки. Добрым прыкладам служыла яму Heterocineta anodontae, якая цікава тым, што ў яе ў працілегласьць таму, што нам вядома для ўсіх клетак, хромозомы маюцца толькі ў час спакою, а ў час падзелу, уяўляючага амфімітоз (Маўрадзіадзі, 1927), яны адсутнічаюць, а таксама тым, што яе „... хромозомы могут быть представлены более тонкими или более толстыми нитями, ясно составленными из отдельных хромомер или же четырьмя элементами нитевидной формы, окрашивающимися не ядерными, но плазматическими красками, а потому лишенными хроматина, наконец четырьмя точечными тельцами или одинаковой величины или неодинаковой". Разглядаючы асобныя „ахроматиновые" хромозомы Маўрадзіадзі сустрэўся з важным фактам; уласна ў некаторых выпадках ён знаходзіў на гэтых бледна афарбованых хромозомах драбнюткія зярняткі, якія афарбоўваліся ядзернымі фарбамі

у чорны колер; лік зярнятак адпавядаў валентнасьці хромозом. Выходзячы з гэтага, Маўрадзіадзі лічыць асноўнай формай хромазомы— пунктовую хромазому і з яе выводзіць усе астатнія формы хромазом, якія зьяўляюцца яе выводнымі. Гэтым пунктовым хромазомам дадзена назва „хромазомных цэнтраў“, бо яны зьяўляюцца крыніцай сіл, ад якіх залежыць разнастайнасьць форм, паводжаньне і значэньне хромазом у клетцы. Дзейнасьць гэтых „хромазомных цэнтраў“ ён лічыць ідэнтычнай дзейнасьцю цэнтріоль; як першыя так і другія па яго думцы зьяўляюцца дынамічнымі пабудаваньнямі, што маюць уплыў на розныя матэрыі клеткі і абумоўліваюць іх разьмяшчэньне „...под действием центриоль находится плазма, лининовые составные части ядра и быть может, некоторые другие составные части клетки; под действием хромозомных центров—тот же линин и особенно хроматин“. Уплываючы на матэрыю ободвы органаіда-хромозомныя цэнтры і цэнтрыолі, як дынамічныя пабудаваньні ўзаемна ўплываюць адно на другое. Гэты ўплыў выражан у працягу карыокінезу і ў часе родавага працэсу, які атрымоўвае іншае тлумачэньне (Гл. Маўрадзіадзі 1927-1928). Сувязь існуючая паміж абодвума органоідамі, прымусіла Маўрадзіадзі казаць аб адзіным працуючым раўнамерна, „центрыоле хромазомным апараце“, як аб мэханізьме, што мае пераважнае значэньне для жыцьця клеткі. У другой працы (1927 г.) Маўрадзіадзі паказаў на сувязь існуючую паміж хромазомамі і ядзеркамі. Аб‘ектам для дасьледваньня яму паслужыла нематода Cystoopsis acipenseri N. Wagn, паразытуючая ў скуры волскай чачугі (Acipenser Ruthenus). У гэтай працы ён крок за крокам прасачыў „...как постепенно внутриядрышковые вакуоли распадаются на части, которые превращаются в хромозомы путем обособления около себя красящихся веществ“. Значыць, сувязь ён уяўляў так, што ў аснове абодвух пабудаваньняў ляжаць „...одни и те же хромозомные центры, но только в одном и другом случае физиологическое состояние их различно, почему они и притягивают к себе различные вещества и придают им разную форму“. Прырода ўнутрыядзеркавых вакуолей (нуклеолюлей) не вытлумачана канчаткова, але гэтыя ўтварэньні выяўляюць сабою, ня шчыльныя целы, але пузыркі напоўненыя дужа пераломляючай сьвет матэрыяй. У першай сваёй працы „К вопросу о нуклеолюлях“ Маўрадзіадзі паказаў, што пры вывучэньні нуклеолюляй у больш маладых форм Cystoopsis ён знайшоў два віды нуклеолюляй: вялікія цэнтральныя і меншыя пэрыфэрычныя. Пры падзелу пэрафэрычныя нуклеолюлі, зьліваючыся, утвараюць цэнтрыолі, у той час як цэнтральныя вакуолі вядуць сябое як хромозомы.

Вывучэньне працэсаў дасьпяваньня ў Custoopsis пацьвярджае склад ядзерка. Вынікі к якім прышоў праф. Маўрадзіадзі зьяўляюцца цікавымі, важнымі і патрабуючымі новых фактаў.

V.

Ува ўсіх ядрах эпітэлію, што назіраліся і дасьледваліся мною, абавязковай складанай часткай зьяўляліся ядзеркі, якія сустракаліся ў колькасьці аднаго, двух, трох і зрэдка чатырох.

Ядзерка разьмяшчалася ў ядры звычайна крыху эксцэнтрычна; а ў ядрах з двума, трыма, альбо чатырма ядзеркамі, разьмяшчэньне апошніх было самае разнастайнае, пры чым больш вялікае ядзерка разьмяшчалася эксцэнтрычна, а дробныя—па пэрыфэрыі ядра. Аснаўная форма ядзерак круглая або авальная. Разьмеры хісталіся паміж 3,4 μ. і 8,6 μ., пры чым можна было адзначыць некаторую залежнасьць ад разьмераў, пэўна ад узросту нематоды. Так у нематод даўжынёю

ад 4-х да 6 м.м. разьмеры ядзерка хісталіся паміж 3,4 μ. і 4,2 μ., далей у292 нематод даўжынёю ад 6,3 м.м. да 8 м.м.—паміж 4,6 μ. і 5,9 μ. і ў нематод ад 8,4 м.м. да 9,5 м.м. паміж 6 μ. і 8,6 μ.

Ядзеркі зьявіліся не кампактнымі камочкамі, а выявілі перад намі сьляды праўнай унутранай дыфэрэнцыроўкі. Разглядаючы ядзерка, можна адзначыць, што яно складаецца з больш інтэнсыўна афарбованага асноўнымі фарбамі пэрэфэрычнага абадка і з больш сьветлай цэнтральнай часткі. Пэрыфэрычны абадок часта зьяўляецца перарваным, то ў адным, то ў двох, а часта больш мясцох, такім чынам, атрымоўваецца такі малюнак, што цэнтральная сьветлая частка абкружана паасобнымі палоскамі базофільнай матэрыі, якія разьмяшчаюцца часам у выглядзе паўмесяцаў. Матэрыя абадка па афарбавальных рэакцыях базафільна, чым яна рэзка адрозьніваецца ад іншых частак, што ўваходзяць у ядзерка. Можна адзначыць, што яно складаецца з паасобных драбнейшых, ня маючых пэўнай формы, камочкаў. Цэнтральная частка ядзерка не аднародна, а ў ёй заўсёды, пры стараннай афарбоўцы ядзернымі фарбамі, як гематоксілінам Бемёра, Гейдэнгайна, сафранінам і інш., можна адрозьніць масу вельмі дробных вакуоляй— так званых нуклеолюляй. Кожная нуклеолюля акружана надта тонкім і далікатным абадочкам з амфофільнай матэрыі ядзерка. Часта ўва многіх нуклеолюлях можна адзначыць пасяродку альбо эксцэнтрычна драбнейшую цёмную пляму, аб сутнасьці якой можна сказаць, што мабыць яна зьяўляецца аптычнай зьявай.

Мал. 1.

Ядро кішкавога эпітэлію Rhabdonemae nigrovenosum з адным ядзеркам. У ядзерцы сярод групы нуклеолюляй відна адна нуклеолюля больш інтэнсыўна афарбоўваючаяся гемотоксілінам: Пав. 2000.

Колькасьць нуклеолюляй падпадае варыяцыі—яны могуць запаўняць усё ядзерка альбо ў некаторых ядзерках іх маецца абмежаваная колькасьць. Трэба адзначыць, што нуклеолюлі, зьбіраючыся ў групы, часта даюць фігуры акружак, так, што атрымоўваецца ашуклівая фігура вялікіх вакуоляй з цёмным цэнтрам унутры, што ў сапраўднасьці зьяўляецца мейсцам заляганьня матэрыі ядзерка паміж цыркулярна адна каля аднэй разьмешчаных нуклеолюляй. У большасьці выпадкаў нуклеолюлі, асабліва пры вялікай іх колькасьці, гэтакіх груп не ўтвараюць.

У сучаснай маёй працы зьяўляецца мэтай апісаньне некаторых характэрных рыс разьмяшчэньня частак ядзерка, што ўваходзяць у яго склад, і адносін іх да падзелу ядзерка.

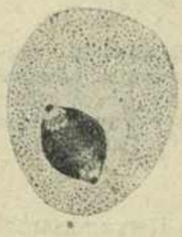
Зварочваючы ўвагу на нуклеолюлі, я мог адзначыць, што ня ўсе з іх вядуць сябе аднолькава ў працэсе падзелу ядзерка. Так з малюнку 1-га відаць, што сярод комплексу нуклеолюляй ядзерка выяўляецца адна з больш шчыльным і выразным абадком, які атрымоўвае здольнасьць афарбоўвацца базафільна. Звычайна такая нуклеолюля ляжыць эксцэнтрычна і групуе вакол сябе ўсе астатнія нуклеолюлі. Асноўная матэрыя ядзерка ў дадзеным выпадку, як відаць з малюнка, разьмяшчаецца на пэрыфэрыі ядзерка ў вобразе абадка больш менш правільнай формы. Такім чынам дадзенае ядзерка складаецца з трох морфолёгічных адрозьніваемых частак—з базафільна фарбуючайся нуклеолюлі, звычайных вышэйазначаных нуклеолюляй і ляжачай на перыферыі базафільнай матэрыі.

У далейшым базафільна афарбаваная нуклеолюля зьнікае, як морфолёгічнае ўтварэньне, і ў выніку ўзмацніўшайся здольнасьці афарбоўвацца зьмяняецца ў цельца, якое ўладае здольнасьцю аб'яднаць

вакол сябе астатнія нуклеолюлі ядзерка (гл. мал. 2). Разьмер цельца дасягае мікрона, і яно добра адрозьніваецца пры імерсыоннай сыстэме $^{1}/_{12}$. Цельца ўладае здольнасьцю дзяліцца, аб чым будзе сказана ніжэй. Падзел вядзе к зьяўленьню некалькіх цялец у адным ядзерцы, аднак лік іх па маім нагляданьням не перавышае чатырох. Разьмяшчэньне і зьмены, якія адбываюцца з дадзенымі цельцамі, паказалі мне на тое, што гэтыя цельцы не зьяўляюцца пабочнымі ўтварэньнямі, а іх зьяўленьне мае сувязь з фізыолёгічнымі працэсамі, якія ўтвараюцца ў ядзерцы, пры яго дзяленьні. Асабіста рэзка сказваецца ўплыў гэтых целец на разьмяшчэньне нуклеолюляй і базафільнай матэрыі ядзерка, што дае мне магчымасьць апісаць некаторыя характэрныя групы ядзерак. Да першай групы я аднашу ядзеркі, у якіх цельцы разьмяшчаліся ў вобласьці пэрыфэрычнага абадку ядзерка (гл. мал .3). У дадзеным выпадку я мог адзначыць, што ўсе нуклеолюлі разьмяшчаліся ў залежнасьці ад яго, разрываючы такім чынам абадок ядзёр-

Мал. 2.
Інтэнсыўна фарбуючаяся нуклеолюля зьмянілася ў цельца. Пав. 2000.

Мал. 3.
Ядзерка з адным цельцам, ляжачым па пэрыфэрыі. Пав. 2000.



Мал. 4.
Ядзерка з двума цельцамі, групуючымі вакол сябе нуклеолюлі. Пав. 2000.

кавай матэрыі. Базафільная матэрыя ў дадзеным выпадку займае, галоўным чынам, процілеглы бок ядзерка, разьмяшчаючыся падкоўкавобразна. У многіх выпадках можна было адзначыць, што цельца выходзіла з зоны ядзерка, выступаючы ў матэрыю ядра—яно як-бы прылягала да ядзерка. Аднак ва ўсіх выпадках яно заставалася ў цеснай сувязі з ядзеркам пры дапамозе ніцяй амфафільнай матэрыі.

Да другой групы я аднёс ядзеркі, што маюць два цельцы, прычым цельцы могуць знаходзіцца ці ўнутры ядзерка, ці прылягаць да яго надворнай паверхні. Самай тыповай стадыяй гэтай групы зьяўляецца разьмяшчэньне целец на процілеглых полюсах, пры чым ядро прымае авальную форму (гл. мал. 4). Нуклеолюлі, якія маюць тэндэнцыю прыбліжацца да целец, разьмяшчаюцца па полюсах ядзерка ў відзе двух груп. Базафільная матэрыя ядзерка, зьбіраючыся паміж абедзьвюма групамі нуклеолюляй, разьядняе іх, што відаць з малюнку. Часам у выніку слабога разьвіцьця базафільнай матэрыі разьяднаньня абодвух груп не адбываецца. У гэтых выпадках базафільная матэрыя ядзерка зьбіраецца па бакох ад нуклеолюляй у выглядзе паўмесяцаў. Пры прысутнасьці масы нуклеолюляй базафільная матэрыя можа амаль зусім зьнікаць, застаючыся ў відзе тоненькай палоскі паміж абедзьвюма групамі нуклеолюляй ці па бакох ад іх.

Трэцюю групу складаюць ядзеркі, што маюць тры ядзерковыя цельцы. Тут магчымы самыя разнастойныя варыяцыі ў разьмяшчэньні целец, нуклеолюляй і базафільнай матэрыі. Тыповая стадыя, дзе цельцы, больш менш роўныя па велічыні, прылягаюць на роўнай адлегласьці адно ад другога да ядзерка. Характэрна, што і нуклеолюлі

ядзеркі разьядняюцца на тры групы, адпавядаючы тром цельцам, разьядняючыся пры дапамозе базафільнай матэрыі. Базафільная матэрыя альбо разьмяшчаецца ў выглядзе паўмесяцаў па баках ядзерка, даючы магчымасьць групам нуклеолюляй злучыцца пасяродку ядзерка (гл. мал. 6), альбо яна разлучае іх, што відаць з малюнка № 5. Да чацьвертай групы мною аднесены ядзеркі, што маюць чатыры цельцы, звычайна лежачыя па пэрыфэрыі ядзерка. Адпавядаючы чатыром цель-

Мал. 5.

Ядзерка з трыма цельцамі, аб'яднаючымі вакол сябе па групе нуклеолюляй. Пав. 2000.

Мал. 6.

Ядзерка з трыма цельцамі, што разьмясьціліся па трох восях. Характэрнае разьмяшчэньне нуклеолюляй. Павял. 2000.

Мал. 7.

Ядзерка з чатырма цельцамі, разьмясьціўшыміся па чатырох восях. Павял. 2000.

цам і нуклеолюлі распадаюцца на чатыры групы. Адносіны частак, якія ўваходзяць ў склад, надта напамінаюць, адносіны апісаныя для ядзерак з трыма цельцамі (гл. мал. 7). Акрамя вышэйазначаных тыповых груп унутранай пабудовы ядзерак, сустракаецца шмат пераходных форм, якія дазволілі мне бліжэй азнаёміцца з працэсамі падзелу ядзерак.

У пачатку дзяленьня, як гэта паказвалася вышэй, адна з нуклеолюляй абарачалася ў цельца. Цельца ў далейшым падходзіць да пэрыфэрыі ядзерка, парушаючы цэльнасьць базафільнага абадка, пры чым нуклеолюлі, ідучы сьледам за ім, захапляюцца да аднаго полюсу ядзерка, што ў канцы канцоў дае тыповы малюнак ядзерка першай групы (гл. мал. 3). На гэтый стадыі цельца расшчапляецца на два доччыны цельца, якія паступова рассоўваюцца, апісваючы паўкруг каля паверхні ядзерка (гл. мал. 8, 9), пакуль не займуць яго процілеглых полюсаў. Нуклеолюлі, паступова, ідучы сьледам за імі, таксама разьдзяляюцца на дзьве групы пры дапамозе праслаеньняў базафільнай матэрыі, што зьяўляюцца паміж імі, заканчэньнем працэсу зьяўляецца ўтварэньне вышэйазначанага тыповага ядзерка другой групы.

Мал. 8.

Разыходжаньне доччыных целец пасьля дзяленьня. Пав. 2000.

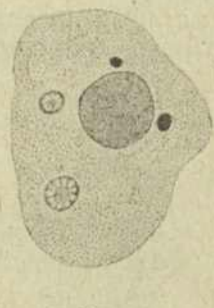
Мал. 9.

Паміж разышоўшыміся дачэрнімі цельцамі нуклеолюляй зьявілася асноўная матэрыя ядзерка. Пав. 2000.

У далейшым адно або абодва з целец могуць у сваю чаргу гэтакім самым чынам дзяліцца на доччыны цельца, з наступным падзелам нуклеолюляй на тры альбо на чатыры групы. Такім чынам, калі дзеліцца адно з двух целец, то ўзьнікае ядзерка з трыма цельцамі вышэй-

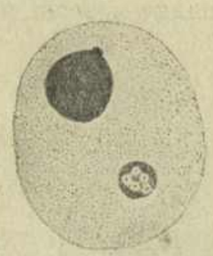
апісанай трэцяй групы. Падзел абодвух целец вядзе да пахаджэньня ядзерка з чатырма цельцамі—апісанай чацьвертай групы. Пры дзяленьні і разыходжаньні ўзьнікае мноства пераходных стадый, на падрабязным апісаньні іх я спыняцца ня буду. Магу толькі адзначыць, што ва ўсіх выпадках ясна выступала залежнасьць палажэньня нуклеолюляй ад ядзеркавых целец і моцная пластычнасьць асноўнай матэрыі ядзерка, якая заўсёды імкнулася разьмясьціцца далей ад целец па пэрыфэрыі ядзерка, альбо паміж групамі нуклеолюляй.

У ядзерках, уладаючых двума, трыма, альбо чатырма цельцамі з характэрнай для кожнай стадыі пабудовай, можна адзначыць, што ня ўсе цельцы знаходзяцца на аднолькавай адлегласьці ў адносінах да ядзерка. Звычайна адно з іх найбольш аддаляно ад ядзерка, чым астатнія. Ступень адлегласьці з працягам часу ўзрастае. Злучальныя ніці, узьнікаючыя паміж цельцам, што аддаляецца, і ядзеркам, паступова зьнікаюць, што вядзе да адшчапляньня цельца, пры чым трэба адзначыць, што нуклеолюлі зьнікаюць на мейсцы цельца, якое адшчапілася, а гэта напэўна залежыць ад таго факту, што цельца, якое паступова аддаляецца, захапляе групу нуклеолюляй неабходных для пабудовы дочцынага ядзерка. Першы час пасьля адшчапленьня ў цельцы нельга адрозьніць структуры (гл. мал. 10). Яно павялічваецца ў разьмерах, прадстаўляючы сабою інтэнсыўна фарбуючуюся глыбку матэрыі, вакол якой адмяжоўваецца свой уласны „Vorhof“. У далейшым у ім зьяўляецца структура дочцынага ядзерка. Яно звычайна мае цёмна афарбованы цэнтр. кружочак нуклеолюляй па пэрыфэрыі, за якім наступае тонкая палоска оксіфільнай матэрыі (гл. мал. 10). З ростам ядзерка цёмны цэнтр зьнікае, а на пэрыфэрыі зьяўляецца абадок з базафільнай матэрыі (гл. мал. 11), колькасьць якой, як і колькасьць нуклеолюляй з працягам часу павялічваецца, што дае тыповы малюнак ядзерка, выяўлены на малюнку № 1.



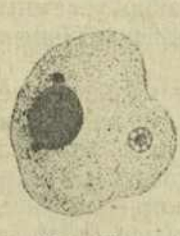
Мал. 10.

Паступовае адшчапленьне чатырох дочцыных целец: ператварэньне іх у ядзеркі. Матчына ядзерка ня мае структуры.



Мал. 11.

Зьяўленьне базафільнага абадку ў дочцыным ядзерцы. Пав. 2000.



Мал. 12.

Зьмена формы ядра пад уплывам дочцынага ядзерка. Павяліч. 2000.

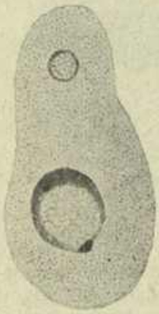
Усьлед за адшчапленьнем аднаго цельца паступова адшчапляюцца астатнія, якія ў сваю чаргу зьмяшчаюцца ў ядзеркі. Адначасовага адшчапленьня я не назіраў. На мал. 10 выяўлен тыповы малюнак паступовага адшчапленьня целец і зьмяненьня іх у ядзеркі.

Пасьля адшчапленьня ўсіх целец ядзерка фарбуецца дыфузна, у ім нельга адрозьніць структуры (гл. мал. 10) і ўрэшце яно зьнікае.

Ядро не застаецца пасыўным у часе падзелу ядзерка. Будучы ўпачатку дзяленьня круглым, альбо авальным, яно, у працэсе падзелу ядзерка мяняе сваю форму (гл. мал. 12), накрываючыся выступалі альбо ўзгоркамі, адпавядаючымі дочцыным ядзеркам. Дочцына ядро ўзьнікае шляхам адмежаваньня такога выступу—часткі ядзернай матэ

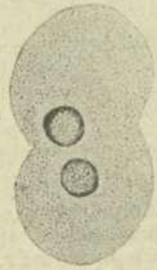
рыі вакол доччынага ядзерка (гл. мал. 13) і адшнураваньня яго ад матчынага ядра. Тут ня выключана магчымасьць дзяленьня на роўныя часткі (гл. мал. 14), што дало магчымасьць гаварыць а простым падзелу ядра. Звычайна за падзелам ядра наступае падзел самой каморкі шляхам утварэньня паміжкаморкавай перагародкі. Калі ўсьлед за падзелам ядра не адбываецца падзел каморкі, то ўзьнікаюць шматядзерныя эпітэліяльныя каморкі.

Увесь сабраны мною матар'ял аб ядзерку паказаў, што ў дадзеным выпадку ядзеркі маюць напэўна законамерную ўнутранную арганізацыю і за адсутнасьцю аформленых хромазом у ядрах кішочнага эпітэлію ў Rhabdonema nigrovenosum павінны прымаць надта важны ўдзел у жыцьці клетак [1]). З малюнкаў відаць, што ў ядзерцы можна адрозьніць два віды ўтварэньняў, залежнасьць якіх аднаго ад другога ясна кідаецца ў вочы. Гэтымі ўтварэньнямі зьяўляюцца нуклеолюлі з аднаго боку і ядзеркавыя цельцы і ім папераджальная базафільна афарбаваная нуклеолюля—з другога боку. Астатнія ўтварэньні заўсёды групіруюць вакол сябе першыя, і ад колькасьці і становішча целец залежыць колькасьць груп і палажэньне нуклеолюляй. Наглядаючы за дадзенымі ўтварэньнямі, можна адзначыць, што дзейнасьць іх працякае рытмічна, то ўзмацняючыся, то аслабяваючы. Гэтыя ўтварэньні прымаюць надта важны ўдзел ў фізыолёгічнай дзейнасьці ядзерка. Перагрупіроўваючыся ў працэсе дзяленьня, гэтыя ўтварэньні напамінаюць нам карыокінэтычны працэс, толькі ролю хромозом і цэнтрыоляй тут узялі на сябе нуклеолюлі і цельцы ядзерка. Тут мы напэўна маем *два рады дынамічных утварэньняў*, якія маюць узаемны ўплыў адно на другое і абумоўліваюць зьяўленьне тых морфолёгічных малюнкаў, якія намі назіраюцца.



Мал. 13.

Пачатак адшчапленьня доччыннага ядра. Пав. 2000.



Мал. 14.

Выпадак т. званага прямога падзелу ядра. Пав. 2000.

Ядзерка не зьяўляецца якім-та няжыцьцёвым целам у ядры, а мае напэўна складаную ўнутраную арганізацыю, выяўленую ў дадзеным выпадку ў вобразе *двох радоў дынамічных цэнтраў*, якія ўзаемна ўплываюць і абумоўліваюць жыцьцё ядзерка і клеткі ў цэлым.

Заканчываючы працу, лічу сваім прыемным абавязкам выразіць шчырую падзяку вельмі паважанаму прафэсару *П. А. Маўрадзіадзі* за дадзеную тэму, кіраўніцтва і дапамогу ў працы.

Менск.

---

[1]) Schleip у овогоніях Rhabdonema nigrovenosum знайшоў 12 хромозом, пры чым паказвае, што гэты лік у соматычных клетках падвойваецца, але зьяўляецца толькі пры драбленьні, а ў далейшым пэрыядзе соматычнага жыцьця яму не ўдалося выразна вызначыць ліку і наогул наяўнасьці хромозому.

Свае дасьледы Schleip правёў на гермафродытнай генэрацыі нематод.

ЛІТАРАТУРА.

Hoyer H. Uber ein für das Studium der „direkten" Kernteilung vorzuglich geeignetes Objekt. Anat. Anz. V Jahrgang 1890.

Hertwig O. Algemeine Biologie.

Догель А. К вопросу о строении ядерного тельца и околоядрышка. (nucleoli Uparanucleoli) в Arch. Russ. Anat. Histol. Embryol 3. 2, 369—407. 1925.

Мавродиади П. 1925. К вопросу о сущности хромозом и их отношении к явлениям наследственности.

Mawrodiadi P. 1927a. Uber die Übergangsformen von der Mitose zur Amitose. Zeitschr. f. mikr. anat. Forsch. Bd 11.

Mawrodiadi P. 1927 b. Zur Theorie der Chromosomzentren. Anat. Anz Bd. 63.

Мавродиади П. 1928a. К вопросу о нуклеолюлях. Працы БДУ №22.

Mawrodiadi P. 1928б. Uber die dynamischen Zellzentren und ihre Bedeutung. Zeitschr. fur mikr.-anatom. Forschung 15 Bd. 1/2 Heft.

Mjassojedoff S. Das Kernkorperchen und seine Beziehung zu den Chromatinelementen des Kernes in: Z. mikr. anatom. Forsch IX Bd. 3/4 Heft 1926.

Saguchi S. Zytologische Studien. Tokyo 1927.

Schleip W. Das Verhalten des Chromatins bei Angiostomum (Rhabdonema) nigrovenosum. Arch. f. Zellforsch. Bd. VII.

De la structure du nucléole dans l'épithèlium intestinal du Angiostomum (Rhabdonema) nigrovenosum.

P. Guerqué.

L'auteur a examiné la fine structure du nucléole dans l'épithélium intestinal du Rhabdonema nigrovenosum.

La nucléole se trouve avoir une organisation intérieure réguliere composée de deux sortes des vacuoles (nucléolules) fig. 1.

Dans la période de division une vacuole se transforme en corps colorant basilaire (fig. 2), possédant la propriété de grouper autour de lui les autres vacuoles.

La division des corps et la nature de leur groupement déterminent dans le nucléole des tableaux morpologiques varies (V. fig. 3, 4, 5, 6, 7).

L'auteur de doute pas, que le nucléole présente, non pas un corps mort dans le nucléus, mais un organe remplissant des fonctions très importantes dans la vie physiologique de la cellule. L'auteur suppose, que le nucléole se trouve avoir de deux sortes *„centres dinamiques"* représentantes, les chromosomes et les corpuscules polaires.

З Інстытуту Нармальнай Анатоміі Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту.
Дырэктар праф. С. І. Лябёдкін.

Выпадак анамальнага адхаджэньня a. subcl. dextra ззаду a. subcl. sin пры наяўнасьці Truncus bicaroticus і правабаковага ўпадзеньня ductus thoracicus.

Асыстэнт Д. М. Голуб.

(З трыма стэрэаскапічнымі малюнкамі).

Крываносная сыстэма, як вядома вельмі нахільна да розных варыяцыяў і па Зёрнаву „нельга знайсьці ніводнага трупу ў якога ўсе артэрыі адпавядаюць устаноўленай норме". Аднак анамаліі галін, якія адыходзяць ад дугі аорты досыць рэдкі. У прыватнасьці адхаджэньне a. subcl. dex ніжэй a. subcl, sin па Krause [1]) „сустракаецца ў сярэднім ад 0,4% да 2% усіх выпадкаў гэтакіх анамаліяў на чалавечых трупах". Да 1926 году па Patrik'у [2]) усяго было апублікавана 40 выпадкаў падобных да нашага, таму нам здаецца, нялішнім апісаньне новага выпадку гэтай анамаліі, выяўленай у бягучым навучальным годзе ў сэкцыйнай зале.

На адным з трупаў, пры аглядзе пляўральных поласьцяй быў заўважан рэзка выпінаючы валец, які ўціскаецца ў правы пляўральны купал і цягнецца ад хрыбетнічнага слупу ў правы бок і ўверх (гл. мал. 1). Было дапушчана анамальнае адхаджэньне a. subcl. dex. і труп узяты з сэкцыйнай залі для дэталёвага дасьледваньня.

З атрыманай намі гісторыі хваробы 1-й Хірургічн. клінікі Бел. Дз. Ун-ту відочна, што хворы А-г Рыгор, земляроб, 56 гадоў, паступіў 3/V-28 г. у зьвязку з захвараваньнем cancer recti. 7/V-28 г. накладзен anus praeter naturalis. 9/VI-28 г. exitus letalis. Прыжыцьцёвае дасьледваньне крываноснай сыстэмы не сутрымае ніякіх даных, якія-б сьведчылі аб анамаліі a. sub. dex.

Пасьля дэталёвай прэпароўкі цікавячай нас вобласьці ўдалася выявіць наступнае: ад дугі аорты (гл. мал. 2) адыходзіць надзвычайна буйная галіна акружынёй 5 *cm.* і даўжыней 1,2 *cm*—Tr. bicaroticus, якая падзяляецца на car. comm. dex. і sinistra. На адлегласьці 1-га *cm*, ад гэтай галіны, ад дугі аорты адходзіць a. subl. sin, якая праходзіць па свайму звычайнаму шляху і ўрэшце, ад задняга правага квадранту аорты, на адлегласьці 2,1 *cm* ад a. subcl. sin., на ўзроўні сярэдзіны

---

[1]) Цытавана па Стадніцкаму.

[2]) Па Holzapfel'ю да 1899 году было апісана 190 выпадкаў, з іх 38 разоў адмячаецца наяўнасьць Tr. bicaroticus.

4-й груднай хрыбеткі, пачынаецца a. subcl. dex. Яна падымаецца наўкос уверх па целам 4,3 і 2-й грудных хрыбетак і дасягае правага боку цела 2-й грудной хрыбеткі, прычым ляжыць ззаду страваходу і дыхальніцы. Працягваючы сьой шлях, артэрыя ляжыць на купале плеўры, уціскаючы яго ўнутр; чым абумоўліваецца вышэйпамянёны валец, і ўваходзіць у spatium interscalenum, дзе становішча яе адпавядае норме. Даўжыня яе 8,5 *cm*, даўжыня левай—4,3 *cm*. Ад пярэдняй паверхні артэрыі на адлегласьці 4,9 *cm* ад яе пачатку, адыходзіць досыць значная галінка якая накіроўваецца да пярэдняй паверхні дыхальніцы, дзе і падзяляецца. У спосабе адхаджэньня галін ад абедзьвёх a. subcl. і ў іх колькасьці адхіленьняў ад нормы не наглядаецца. Трэба толькі адмеціць, што tr. thyreo-cervic з абодвух бакоў слаба выяўлены, і што левая a. vertebr. (акр.—17 *mm*) значна таўсьцей правай (11 *mm*). Затое таўшчыня правай агульнай соннай артэрыі (акр.—2,8—3 *cm*) больш левай (2,6 *cm*)[1]).

На 2 *cm* ніжэй абхаджэньня анамальнай a. subcl; ад aorta thor. адыходзіць першая правая паміжраберная артэрыя, якая падзяляецца на 2 галінкі. З іх адна; падзяляецца ў 2-м і 3-м паміжрабер'і, а другая накіроўваецца да правага бронху і да страваходу. Да левага бронху ідзе галінка ад угнутасьці дугі аорты.

Левая першая паміжраберная артэрыя пачынаецца на 2,5 *cm* вышэй правай, прыблізна на ўзроўні ніжняга краю пачатку анамальнай артэрыі і падзяляецца толькі ў 2-м паміжрабер'і. Другая a. intercost sin. адыходзіць на адным узроўні з правай першай паміжрабернай артэрыяй. Усе наступныя aa. intercostales у далейшым адыходзяць ад кожнага боку аорты на аднолькавым узроўні. Абедзьве aa. intercostales supremae падзяляюцца ў 1-м паміжрабер'і.

Палажэньне n. vagus на шыі і ў грудной поласьці звычайнае. Месца адхаджэньня абодвух n. laryng. sup., а таксама n. lar. inf. з *левага* боку не адхіляюцца ад звычайнага. Правы-ж n. laryng inf, як і трэ' было чакаць, не знаходзіцца на сваім звычайным месцы, але адыходзіць ад n. vagus на ўзроўні сярэдзіны цела 6-й шыйнай хрыбеткі і накіроўваецца амаль што ў папярочным напрамку да гарляку, утвараючы зьлёгка пукатую дадалу дугу, якая датыкаецца да верхняга краю 7-й шыйнай хрыбеткі. Падыходзячы на звычайным месцы да гарляку, яна тыпова падзяляецца ў яе цягліцах. Ад пукатага краю ўтворанай ім дугі, а часткова ад сьцябла n. vagus ніжэй адхаджэньня n. lar. inf., адыходзяць 3 вельмі тоненькіх галінкі, якія накіроўваюцца да дыхальніцы. Некалькі ніжэй адыходзіць n. cardiacus 2-ма галінамі. Ansa Vieussenii на абодвух бакох знаходзіцца на сваім звычайным месцы.

Пуць duct. thor. надзвычайна цікавы (гл. мал. 3). Ён залягае ў ніжняй частцы грудной поласьці нармальна на пярэдняй паверхні хрыбетніцы, маючы па бакох v. azygos і aorta thoracica, і на ўзроўні верхняга краю цела 4-й грудной хрыбеткі дасягае правага краю анамальнай a. subcl. Адсюль d. thor. шчыльна прылягаючы да краю вышэйпаказанай артэрыі, разам з ёй пачынае адхіляцца ў правы бок. На ўзроўні верхняга краю цела 2-й грудной хрыбеткі ён некалькі адходзіць ад артэрыі ўперад, прылягаючы непасрэдна да купалу плеўры. Потым праходзіць ззаду вен, перагінаецца ззаду наперад, праз a. transversa scapulae, разьмешчанай нармальна і ўліваецца у angulus venosus dexter. На сваім пуці, да адхаджэньня a. sub. dex. duct. thor. утварае,

[1]) З прычыны гніластнага разлажэньня мазгоў, вывучэньне іх судзін не прадстаўлялася магчымым.

некалькі больш чым звычайна выгінаньняў, а месцамі багатыя клубкі анастамозаў, з іх толькі некаторыя засталіся на фатаграфіі, частка-жа пры прэпароўцы была зьнішчана.

Апісаны прэпарат захованы ў музэі Інстытуту Нарм. Анатоміі, БДзУ.

Аб сутнасьці варыяцыяў Зёрнаў гаворыць: „Бязумоўна даказана, што сутнасьць варыяцыяў артэрыі месьціцца або: 1) у ненармальным моцным разьвіцьці заўсёды існуючых тонкіх анастамозаў паміж нармальнымі артэрыямі, або 2) у тым, што судзіны існуючыя ў зародку і ў нармальных выпадках зьнікаючыя, застаюцца і атрымліваюць большае або меншае разьвіцьцё. Пры гэтым нармальныя артэрыі або зусім зьнікаюць, або разьвіты ў ступені меншай звычайнага". Шаўлоўскі прыводзіць 12 выпадкаў адхаджэньня a. subcl. dex. ніжэй a. subcl. sin. (6 сваіх і 6 з літаратуры) і адзначае, што ў большасьці выпадкаў артэрыя пачынаецца на ўзроўні 3-й або 4-й, радзей на ўзроўні 1-й або 2-й грудных хрыбетак. Наадварот у выпадку д-ра Patrik'а мы маем вельмі нізкае адхаджэньне судзіны—іменна на ўзроўні 6-й грудной хрыбеткі.

Шаўлоўскі, Маліеў, Krause, Зёрнаў і інш. тлумачаць пахаджэньне разглядаемай анамаліі запусьценьнем праксімальнай часткі 4-й правай аортальной дужкі і захаваньнем дыстальнай часткі правага корню аорты на працягу ад a. subcl. primitiva да месца злучэньня карэньняў аорты.

Праф. Стадніцкі лічыць, што гэтае тлумачэньне няпрыгодна для ўсіх выпадкаў, бо тады месца адыходжаньня анамальнай галіны павінна знаходзіцца заўсёды на адным узроўні. Таму ён кажа, „што не непасрэдна застаючыйся прахадзімым правы корань аорты замяняецца ў a. subel. dex., а па ўсёй магчымасьці, існуе сасудзістая сувязь у самым пачатку разьвіцьця зародку паміж левым і правым карэньнямі аорты ў выглядзе анастамоза, або асобнай артэры, якая пры далейшым разьвіцьці зародку ня зьнікае, а... зьмяняецца, злучаючыся разам з правым коранем аорты ў анамальную правую a. subclavia". Аднак ім ня прыняты пад увагу факт паўторнага расшчапленьня (Sekundare Spaltung) аорт, адзначанага яшчэ Hochstetter'ам (1890 г.) і цьвёрда ўстаноўленага пазьнейшымі нагляданьнямі. Наступаючая нармальна рэдукцыя правага кораню аорты не дае магчымасьці ўстанавіць астатнюю мяжу гэтага падзяленьня і тэарэтычна дапусьцімы розныя ступені гэтага паўторнага расшчапленьня ў выніку чаго могуць утварыцца розныя ўзроўні адхаджэньня гэтай анамальнай артэрыі.

Апрача таго, наглядаемыя зьмяшчэньні месц адхаджэньня судзін у эмбрыянальным жыцьці даюць усе падставы лічыць магчымым гэткае паўторнае зьмяшчэньне і для цікавячай нас анамальнай судзіны.

На гэтай падставе мы ня бачым перашкод да дапасаваньня паказанага вышэй клясычнага тлумачэньня да ўсіх выпадкаў, дзе анамальная судзіна ідзе ззаду страваходу і не праходзіць у пятлі n. lar. inf.

Праўда, Congdon дае малюнак (fig. 33) папярэчнага анастрамозу паміж абодвымі карэньнямі аорты, што зьяўляецца як-быццам пацьвярджэньнем дапушчэньня праф. Стадніцкага. Не датыкаючыся тлумачэньня даваемага гэтаму зьявішчу Congdon'ам, мы лічым, што захаваньне гэткага анастамозу на больш позьніх стадыях—да моманту нармальна адбываючай рэзорбцыі правага корню аорты—трэба разглядаць як рэдкую анамалію. Апрача таго, дапушчэньне праф. Стадніцкага не дапасуецца да выпадкаў вельмі нізкага адходжаньня анамальнай a. subcl. dex., як у выпадку Patrik'a, на ўзроўні 6-й грудной хрыбеткі. Такім чынам, розныя ўзроўні адхаджэньня анамальнай a. subcl

dex. па нашай думцы, залежаць ад індывідуальных ваганьняў у ступені паўторнага расщчапленьня з аднаго боку, і наглядаемага зьмяшчэньня судзін з другога боку.

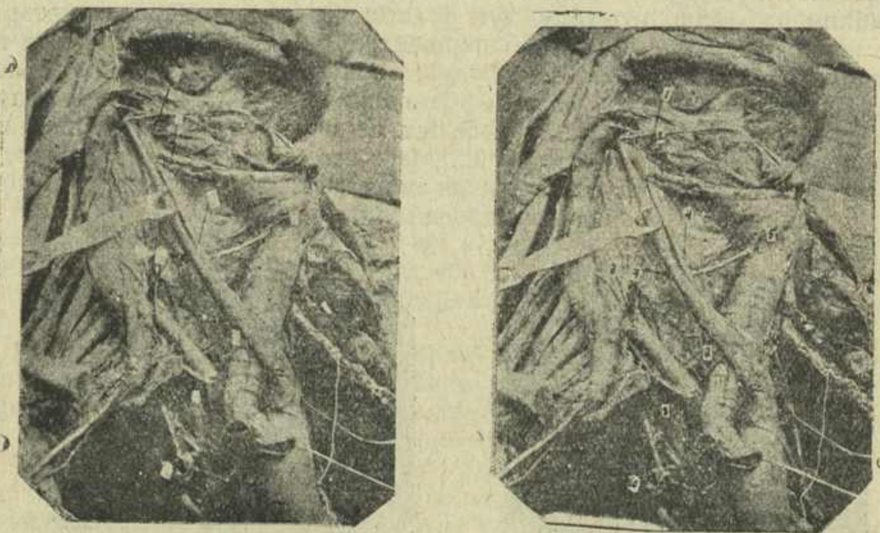
Зусім іншыя адносіны маюцца ў выпадку Patrubaaем'a, які даецца праф. Шаўлоўскім, дзе абедзьве aa. subclaviae адыходзяць агульным сьцяблом ад месца пераходу дугі ў aorta descendens. Правая артэрыя ідзе наперадзе 7-й шыйнай, або першай грудной хрыбеткі, зьлёгка пукатай уніз дугой у правы бок, будучы абкружана n. lar. inf. Шаўлоўскі ў зьвязку з гэтым заўважае: „Становішча n. lar. infer. тут варта ўвагі... Магчыма, што гэта a. subce dex. не зьяўлаецца правым нісходзячым коранем аорты, які застаўся... Магчыма, што яна ўтварылася ў больш пазьнейшай стадыі разьвіцьця анастаматычным шляхам з a. subcl. sin., у выніку аблітэрацыі нармальнай артэрыі“.

Мал 1. Выгляд у поласьць правай плеўры. Лёгкае адкінута ўніз.
1) anam. int. 2) V. anonyma sin. 3) Tr. bicaroticus. 4) Arcus aortae. 5) n. phrenicus. 6) a. subci dex. 7) a. intercot supr.

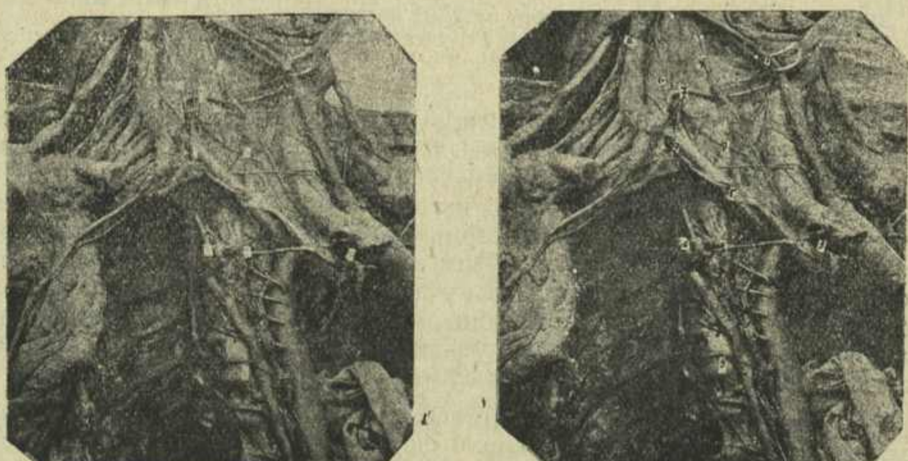
Вывучаючы даступную нам літаратуру, мы мелі магчымасьць пераканацца ў тым, што анамальна адыходзячая a. subcl dextra досыць часта камбінуецца з адхаджэньнем Tr. thicaroticus ад дугі аорты. (Па Holzapfel'ю прыблізна ў 18—19% выпадкаў адхаджэньня a. subcl. dex. ззаду a. subcl. sin). Але, ні Holzapfil, ні Шаўлоўскі, ні Patrik тлумачэньня гэтаму факту не даюць. Нам здаецца магчымым растлумачыць мэханізм утварэньня Tr. bicaroticus у выпадках падобных да нашага тымі-жа фактарамі, што адыгрываюць ролю ў працэсе нармальнага эмбрыянальнага разьвіцьця, у выніку ўплыву якіх (фактараў) крываносная сыстэма атрымлівае сваю дэфінітыўную форму.

Па Hochstetter'y (1906 г.) у многіх сысуноў, пасьля таго, як aorta і адыходзячыя ад яе сасуды прынялі форму, падобную такім-жа ў чалавека, пад уплывам каўдальнага апушчэньня (wanderung) сэрца, наступаюць паўторныя перасоўваньні (Wachstumsvershiebungen), якія месьцяцца ў тым, што пачатак a. car. com. sin. і Trv anonymus падсоўваюцца бліжэй адзін да другога і, наогул, утвараюць больш або менш доўгае, агульнае, пачатковае сьцябло (Carnivoren). У сьвіньні a. car. com. sin., пасуецца па гэтаму сьцяблу больш краніальна, пакуль яна ня зьліваецца з a. car. com. dextra, чаму гэтыя абедзьве судзіны ўтвараюць адно агульнае сьцябло. „У жвачных, а таксама ў каня працэс ідзе яшчэ далей і ўсе 3 вялікіх судзіны... адыходзяць ад аднаго агульнага сьцябла, ад так званай aorta anterior“.

Магчыма, што ўтварэньне Tr. bicaroticus можна растлумачыць гэткім-жа перасоўваньнем і набліжэньнем аднэй car. com. да другой. Дзякуючы таму, што правае a. subcl атрафіравалася, цяга ў правы бок зьнікла, і сэрца, якое апускаецца ўніз, прымушвае адну car. com. набліжацца да другой, пакуль яны не сальлюцца ў агульны ствол—Tr. bikaroticus.



Мал. 2. Шчыткавідная залоза адцягнута ўверх, дыхальніца і aorta ў левы бок.
1) n. lar. sup. 2) A. thyr sup. 3) Ansa Vinuss. ianam. a. subce. d. 4) n. vagus і адхаджэньне n. lavinf. 5) At. rhurinf 6) Tr. bicar. 7) a. vertebr. 8) галінка да дыхальніцы. 9) D. thorac. 10) V. azygos.



Мал. 3. Паказвае адхаджэньне a. subce dex. ад аорты. Дуга аорты, дыхальніца стравалход адцягнуты ў левы бок. Car. com. dex. і шчыткавідная залоза адцягнуты ўверх.
1) Ansa Vieuss. i art. subcl. d. 2) Галінэ a. intercost. I да правага бронху. 3) Стравалход. 4) n. vagus i адхадж. n lar inf. 5) Duct. thor зьвязаны злуч. тканкай з. a. subcl. dex., 6) V. jng. dex. 7) a. vert. 8) Галінка да дыхальніцы. 9) Duct thor. 10) V. azygos. 11) A. thyr inf.

Натуральна, зьяўляецца думка, што ва ўсіх выпадках анамалій, падобнай нашай, мы-б павінны былі чакаць наяўнасьці Tr. bicaroticus але, як упаміналася вышэй, анамальнае адхаджэньне a. subcl. dex. у боль-

шасьці выпадкаў не камбінуецца з Tr. bicaroticus. Магчыма, што тут адыгрывае ролю момант атрафіі праксімальнай часткі 4-й дужкі. Чым раней яна атрафіруецца, тым больш магчымы зьмены ў адхаджэньні сонных артэрый і, наадварот, чым пазьней яна атрафіруецца, тым, зразумела, больш цяжка зьмяніць утворанае становішча aa. carotides communes. Іншымі словамі, наша дапушчэньне трэба зразумець так, што пры вельмі раньняй атрафіі праксімальнай часткі 4-й дужкі можа ўтварыцца Tr. bicaroticus. Наадварот пры больш позьняй атрафіі ён не ўтвараецца.

Аднак трэба адзначыць, што дэталёвыя прычыны, якія вядуць да ўтварэньня тэй альбо іншай формы раскладу адыходзячых ад дугі аорты судзін, яшчэ далёка цалкам ня высьвятлены і таму прывадзімае намі дапушчальнае тлумачэньне можа быць і не адзіным фактарам. Ва ўсякім выпадку вельмі важна пры апісаньні гэткіх анамалій a. subcl. dex, зварачваць увагу на адхаджэньне at. carotides ад дугі аорты.

Як ужо адзначалася ў пачатку, ducx thor. у нашым выпадку ўліваецца ня ў левые, як звычайна, angulus venosus, а ў правы. Brenner апісаў 3 выпадкі анамаліі a. subcl dex. з адначасовым упадзеньнем duct. thor. у правы венозны кут. Ён-жа першы выказаў здагадку, што паміж гэтымі двума анамаліямі існуе нейкая сувязь. Гэтакую-ж думку выказаў Davis.

На падставе сабраных ім выпадкаў анамальнага адхаджэньня a. subcl. dex. ніжэй a. subcl. sin., а таксама адпаведнага адхаджэньня a. vert. dextra, Шаўлоўскі прыходзіць да вываду, што прычынай адхіленьня d. thoracicus у правы бок зьяўляецца мэханічная перашкода яго звычайнаму адхіленьню ўлева на ўзроўні 3-й грудной хрыбеткі, якая (перашкода) абумоўлена наяўнасьцю анамальнай артэрыі. Гэта здагадка бліскуча пацьвярджаецца нармальным ходам d. thoracicus у выпадках адхаджэньня анамальнай артэрый вышэй 3-й грудной хрыбеткі. Гэтыя вывады цалкам пацьвярждаюцца нашым выпадкам, дзе цесная сувязь d. thoracicus з анамальнай артэрыяй як-бы падкрэсьлівае мэханічную прычыну зьмены яго палажэньня.

Holzapfel аднак лічыць, што ненармальны ход duct. thor. ва ўсякім выпадку ня зьвязан з анамаліяй a. subcl dextra [1]).

Практычнае значэньне анамаліі залежыць ад маючыхся тут інтымных адносін a. subcl dex. да страваходу, бо яна праходзіць праз вузкую шчыліну паміж ім і хрыбетнічным слупам. Гэта пытаньне досыць абгаварвалася ў літаратуры, чаму мы больш падрабязна на ім застанаўляцца ня будзем.

У заключэньне лічу патрэбным прынесьці сваю шчырую падзяку праф. С. І. Лябёдкіну за прыстаўленую тэму і за дапамогу ў працы.

Менск. Сьнежань, 1928 г.

[1]) Гэту сваю думку Holzapfel выказвае праз 11 год пасьля зьяўленьня ў „Anat. Anz.", у 1888 г. надзвычайна пераканаўчай працы Шаўлоўскага па пытаньню аб сувязі неправідловага ходу duct. thor. з анамальнай a. subcl dex. Прыходзіцца пашкадаваць аб тым, што гэта праца ня была знаёма Holzapfel'ю. У літаратурнай сводцы да яго працы аб анамліі a. subcl dex., дзе прыведзена літаратура пачынаючы з 1735 г., я гэтай працы не знайшоў.

Fall von anomalem Urspungder A. subclavia d.

D. Golub.

Dem Bogen der Aorta enspringt ein aüsserst dicker Stamm—der Tr. bicaroticus. In einem Abstand von 1 cm. von diesem Stamm entspringt aus dem Bogen der Aorta eie A. subcl. sin. die ihren gewöhnlichen Lauf nimmt, und endlich nimmt die A. subcl die vom hinteren rechten Quadrant der Aorta, in einem Abstand von 2,1 cm. von der A. subcl. sin., in der Höhe der Mitte des 4 Brustwirbels ihren Anfang. Sie steigt schräg aufwärts über die Körper der 4,3 und 2 Brustwirbel und erreicht die rechte Seite des Körpers des 2 Brustwirbels, wobei sie hinter der Speiseröhre und der Trachea liegt. In ihrem weiteren Lauf liegt die Arterie auf der Kuppel der Pleura, dieselbe nach innen hin eindrückend, und tritt ins Spatium interscalenum wo ihre Lage vollkommen der Norm entspricht. Auch weisen die Verzweigungen auf dem Arm keine Abweichungen auf. Die Länge der A. subcl. dex. beträgt 8,5 cm., die Länge der linken 4,3 cm.

Der rechte N. laryng. inf. befindet sich nicht an seiner gewöhnlichen Stelle, sondern nimmt von dem N. vagus seinen Anfang in der Höhe des Körpers des 6 Halswirbels und läuft fast in querer Richtung zum Kehlkopf hin, wobei er einen nach unten hin leicht konvexen Bogen bildet, der den oberen Rand des 7 Halswirbels berührt. An seiner gewöhnlichen Stelle an den Kehlkopf herantretend, verzweigt er sich typisch in demselben. Die Ansa Vieusenii rechts und links befindet sich an ihren gewöhnlichen Ort.

Der Ductus thoracicus ergiesst sich in den Angulus venosus dexter.

Es ist möglich, dass die Bildung des Tr. bicaroticus durch eine Verschiebung und gegenseitige Annährung der Carotis communis erklärt werden kann. Da die rechte normale Wurzel der A. subcl. resorbiert wird ist der Zug nach rechts geschwunden und das in kaudaler Richtung niedersteigende Herz zwingt die eine Kopfschlagader sich der anderen zu nähern, bis sie einen gemeinsamen Stamm, den Tr. bicaroticus, bilden.

Natürlicherweise entsteht der Gedanke, man müsse in allen Fällen einer entsprechenden Anomalie der A. subcl. dex. ein Forhandensein des Tr. bicarotikus erwarten, doch tritt der anomale Ursprung der A. subcl. dex. in den Meistfällen nicht mit dem Tr. bicaroticus kombiniert auf. Möglicherweise spielt hier die Atrophie des proximalen Teiles des vierten Bogens eine Rolle, d. h. bei einer sehr frühen Atrophie des proximalen Teiles des vierten Bogens kann sich der Tr. bicaroticus bildən, währund er sich bei einer späten Atrophie nicht bildet.

Schawlowski nimmt an, dass die Ursache eines Abweichens des D. thoracicus nach rechts in dem mechanischen Widerstand zu suchen ist, der ein normales Abweichen nach links in der Höhe des 3 Brustwirbels verhindert, und den das Vorhandensein einer anomalen Arterie bildet. Diese Schlüsse von Schwawlowski bestätigt auch vollkommen unser Fall, wo die feste Verbindung des D. thoracicus mit dem anomalen Gefäss gleichsam die mechanische. Ursache hervorhebt, die auf seine anomale Lage einwirkt.

Літаратура:

1) *I. Broman.* Die Entwicklung des Menschen vor der geburt. München. 1927.

2) *Congdon.* Transformation of the Aortic-Arch etc. Contributions to Embriology, № 68. 1922.

3) *Hochstter.* Die Entwickerung des Blutgefässytems. 1906 г.

4) „ Über die Entwiclung dev a. vertebralis beim kaninochen etc. Moph. jahrb. Bd. 16. 1890 г.

5) *Зернов.* Руководство описательной анатомии человека, ч. II, 1910. г.

6) *I. Schawlowski.* Über das Verhalten des Ductus thoracicus etc. An. Anz. Bd. 3. 1888 г.

7) *Н. Стадницкий.* К вариантам ветвей дуги аорты. Русск. Хир. Архив. 1905 г.

8) *A. Patrik.* Ein falle anamalen Urspünges etc. An. Anz. Bd. 61. 1926 г.

9) *И. Гиртль.* Руководство к анатомии человеческого тела. 1869 г.

10) *И. Догель.* Анатомия кровеносных сосудов. 1903 г.

11) *G. Holzapfel.* Ungewöhnliche Ursprung etc. An. Hefte. 1899.

12) *A. Brenner.* Ueber das Verhöltnissdes n. laryd infer etc. Arch. f. Anat. und Phys. 1883.

З Інстытуту Нармальнай Анатоміі чалавека. Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту.
Дырэктар Праф. І. С. Лябёдкін.

Левабочнае становішча ніжняй часткі V. cava inferior.

І. Д. Андрэяў.

На адным трупу, які дастаўлен з псыхіятрычнага аддзяленьня 2-ой Менскай Гарадзкой больніцы ў часе прэпароўкі брушной паражні выяўлена, што (мал. 1):

V. cava inferior заместа нармальнага становішча ўправа ад брушной аорты ўнізе на працягу 8,5 *см* ляжыць зьлева ад яе і далей на ўзроўні месца адыходу ад аорты ныркавых артэрый пераходзіць сьпераду ад аорты на правую палавіну хрэбеткавага слупу. Далей уверх яна ня мае якіх-небудзь асаблівасьцяй, праходзячы нармальна праз дыафрагму і ўліваючыся ў правы прадсэрдак.

V. iliaca communis dextra, складаючыся з звычайных галін і маючы 7 *см* даўжыні, зьліваецца з V. iliaca communis sinistra, падзяляючыся да гэтага на дзьве часткі: больш вузкую ў 0,5 *см* шырыні верхнюю і больш шырокую ў 1,25 *см* ніжнюю. Інакш кажучы ў правай частцы зьліцьця абедзьвюх V. iliaca communis маецца авальная перамычка ў выглядзе астраўка.

Левая V. iliaca communis, маючы такую-ж шырыню і даўжыню, як і правая пачынаючыся на 3 *см* дыстальней ад месца падзяленьня адпавядаючай ёй артэрыі праходзіць лятэральна ад апошняй і недалёка ад месца ўтоку прымаючы да сябе V. sacralis media. Трэба дадаць, што V. V. iliacae communes ляжаць як і ў норме адзаду адпавядаючых ім артэрый, але больш зьлева супроць нормы.

Такім чынам, пачатак V. cava inferior замест правай ляжыць ад заду левай a. iliaca communis на адлегласьці ад bifurcatio аорты на 4 *см*. Там, дзе V. cava inferior пачынае пераходзіць на пярэднюю паверхню аорты ў яе ўліваецца левая V. Spermatica interna (левая яечкавая вена), а некалькі вышэй V. renalis sinistra даўжынёй у 3 *см* і шырынёй у 1,2 *см*, а яшчэ вышэй ужо ўправа ад аорты—правая V. Spermatica interna значна больш моцная, чымся адпавядаючая ёй левая вена. Уток правай V. Spermacica interna знаходзіцца вышэй і ўправа ад утоку левай на 4 *см*, і ўток правай ныркавай вены вышэй левай таксама на 4 *см*.

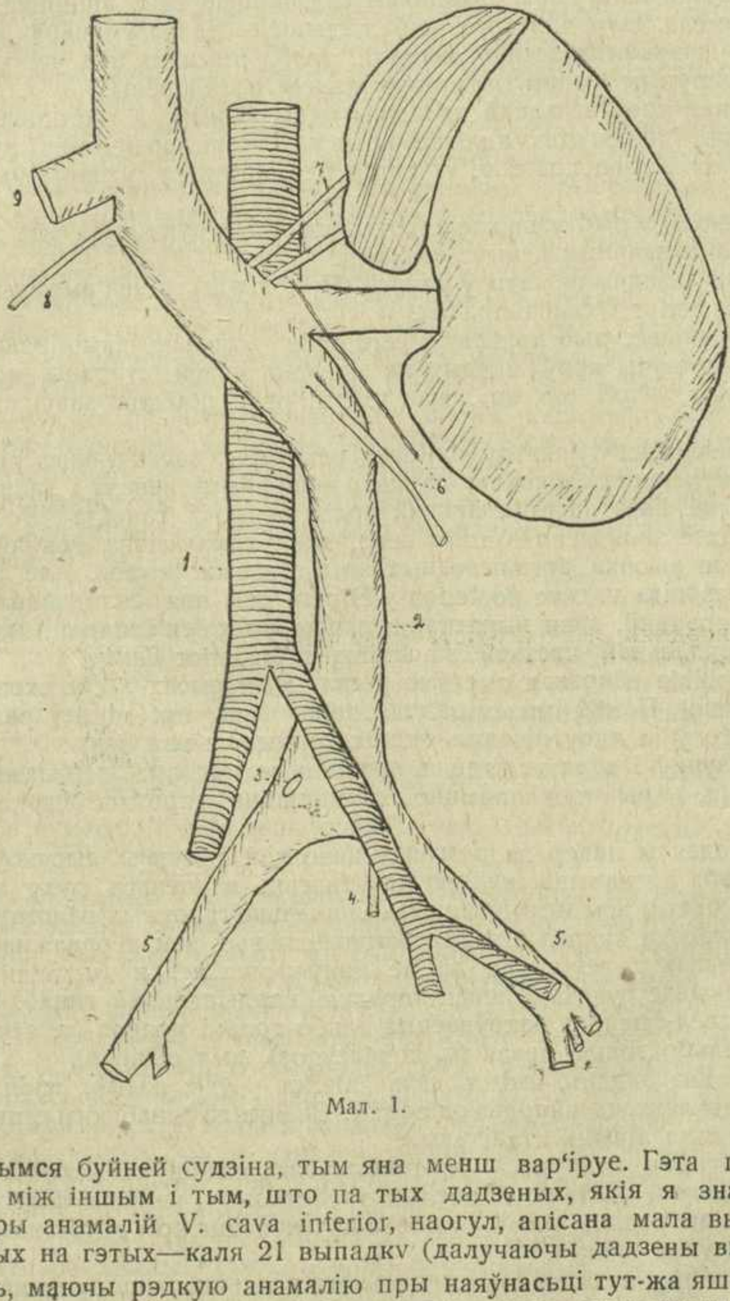
Левая нырка ляжыць таксама ніжэй правай на 141 ст.

Труп, на якім выяўлена гэта анамалія належыць мужчыне сярэдняга ўзросту, надта худому з унівэрсальнымі сухотамі абодвых лёгкіх.

Далей на гэтым-жа трупе знойдзена ectopia testis з левай стараны; недаразьвітае яечка зьмяшчаецца ў пахвінным канале дыстальна ад злучанага з ім толькі ў вобласьці галоўкі epididymis'a (яечкавага да-

датку). І, нарэшце, на гэтым-жа трупе знойдзена ўнутраная грызь (Hernia duodeno—jejunalis (Treitii), якая складаецца з пачатковай часткі jejunum.

Пераходзячы к тлумачэньню гэтага выпадку, трэба адзначыць, што судзінныя анамаліі сустракаюцца наогул вельмі часта, зьяўляючыся ў гэтых адносінах аднолькавымі з цяглічнымі анамаліямі.



Мал. 1.

Але чымся буйней судзіна, тым яна менш вар'іруе. Гэта пацьвярджаецца між іншым і тым, што па тых дадзеных, якія я знайшоў у літаратуры анамалій V. cava inferior, наогул, апісана мала выпадкаў, а пахожых на гэтых—каля 21 выпадку (далучаючы дадзены выпадак).

І вось, маючы рэдкую анамалію пры наяўнасьці тут-жа яшчэ ў дадатак і другіх цікавых анамалій, я, па прапанове паважанага прафэсара С. І. Лябёдкіна, у гэтай працы і маю мэтай па меры магчымасьці

ўсебакова ў кароткай форме аб'ясьніць гэта зьявішча, маючы на ўвазе вялікую яго цікавасьць з тэорытычнага ды бадай і практычнага боку.

Наяўнасьць ectopia testis ды перамычкі з пачатку V. cava int. зьяўляюцца асаблівасьцямі нашага выпадку, паказаньняў на якіх я зусім ня сустрэў у даступнай мне літаратуры. А яны якраз яскрава паказваюць, што садзейнічала ўзьніканьню левабочнага стану V. cava inferior і ў сваю чаргу якім зьявішчам садзейнічае гэта апошняе.

Зразумела, што для того, каб падыйсьці да разуменьня морфолёгічнага значэньня дадзенай анамаліі, трэба прыняць пад увагу філёгенію, а галоўным чынам онтогенію ніжняй полай вены.

Венозная кроў з задняй палавіны цела ў рыб, а часткова ўжо ў Amphioxus lanceolatus адлівае праз v. v. card. posteriores правую і левую, якія злучаюцца з v. v. cardinales anterires утвараючы ductus Cuvieri.

Пачынаючы з рыб узьнікае варотны ныркові рух крыві, што зьвязвае заднія кардынальныя вены з ныркамі.

Цікава адзначыць, што ў міногі (Petromyon) моцна выяўлена левая v. card pasterior і слаба правая.

У вышэйшых рыб правая v. cardinalis пачынае дамінараваць над левай, зьбіраючы кроў акрамя як з ныркі сваёй стараны яшчэ і з левай ныркі, у той час, як левая v. card. post. робіцца значна карацей і таней.

Па Hochstetter'у у скатаў (Rajidae) і некаторых касьцяковых рыб (Cyprinus) зьяўляюцца злучэньні паміж пячонкавымі венамі і заднімі кардынальнымі. Гэта пачатак ніжняй полай вены. У ганоіда (Polypterus) у 1910 годзе знойдзена Kerr'ам вена, якая гамалёгічна ніжняй полай вене больш высока арганізаваных хрыбеткавых жывёл. Але асабліва тыпова разьвіта v. cava posterior у Dipnoi, дзе яна складаецца з двох частак: пярэдняй, якая вырастае з пячонкавых вен і задняй, якая зьяўляецца каудальнай часткай, v. cardinalis posterior *dextra*.

У Amphibia венозная сыстэма ў галоўных рысах зусім схожа з гэтакай Dipnoi. Паміж іншым задняя полая вена так моцна разьвіта ў Anura, што ў іх адсутнічаюць заднія кардынальныя вены.

У паўзуноў і птушак задняя полая вена таксама пераважае кардынальныя, пры чым пачынае зьмяншацца варотны ныркавы рух крыві.

Пераходзячы цяпер да разгляду венознай сыстэмы сысуноў (Mammalia) трэба адзначыць поўную адсутнасьць варотнага руху крыві ў нырках, а потым асымэтрычнае разьмяшчэньне галоўных венозных ствалоў, у чалавека як раз з задніх кардынальных вен пераважна разьвіваецца правая v. ażygos, а да яе далучаецца левая (v. hemiażygos), якая страчывае сувязь з левай пярэдняй кардынальнай венай. У некаторых жывёл-сысуноў захоўваецца альбо толькі правая (v. ażygos), як у труса альбо толькі левая (v. hemiażygos), як у сьвіньні.

Неабходна дадаць, што v. cava inferior у ўсіх жывёл, якія маюць яе, заўсёды ляжыць направа ад аорты. Значыцца левабочны стан v. cava inferior нельга лічыць атавізмам.

Але згодна асноўнага біо-гэнэтычнага закону Геккеля-Мюллера схэма венознай сыстэмы дарослых хрэбетковых, якія па філёгенэтычнай лесьвіцы стаяць ніжэй чалавека паўтараецца пры онтогэнэзе апошняга і сысуноў наогул.

У сысуноў у пачатку эмбрыянальнага жыцьця першымі венамі зьяўляюцца v. v. omphalo mesentericae, якія дастаўляюць пітацельныя сокі ад жаўточнага пухіра к эмбрыёну. Гэтыя вены потым даюць пачатак v. portae, якая нарэшце ўліваецца ў v. v. hepaticae. У другую пала-

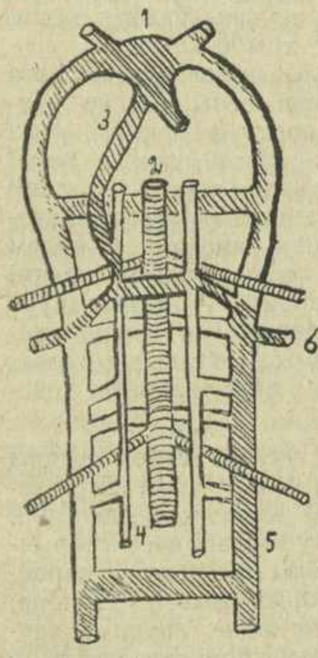
віну першага эмбрыянальнага месяца ўток sinus venosus у сэрца зьмяшчаецца ўправа ад сярэдняй лініі цела. Гэта ўтварае спрыяючыя ўмовы для функцыі правай v. hepatica і пагэтаму апошняя робіцца агульнай пячонкавай венай, якая кроў, дастаўленую ў пячонку з v. umbilicalis (з дзіцячага месца) таксама прыняўшы да сябе, перадае яе ў сэрца. Такі стан руху крыві існуе да народзін, пасьля чаго v. umbilicalis і Ductus venosus Arantii аблітэрыруецца. Цікава, што v. umbilicalis у ехідны захоўваюцца ў працягу ўсяго жыцьця, адводзячы кроў з мачавога пухіра. Ужо ў першыя тыдні зьяўляюцца заднія кардынальныя вены. Яны зьбіраюць кроў з хваста, лагвовых ды тулавых сьценак, нырак і задніх канцавін, праходзяць сымэтрычна каля нырак і далей злучаюцца з пярэднімі кардынальнымі венамі, утвараючы правы і левы Ductus Cuvceuri. Тут наглядаецца амаль поўная аналёгія з тым, што мы маем у дарослых ніжэй арганізаваных хрыбеткавых.

Аднак сымэтрыя парушаецца з разьвіцьцём задняе полае вены. Гэта судзіна ўзьнікае з агульнай (з правай) пячонкавай вены, расьце каудальна праз злучаную тканку, якая абкружае аорту і даходзіць да ныркі і тут злучаецца з венознымі судзінамі як правай, так і левай ныркі, а апрача таго і з абедзьвюма кардынальнымі венамі ў задняй іх частцы, якія цяпер і зьяўляюцца галоўнымі карнявымі стваламі задняй полай вены, далучаючы да сябе і вены задніх канцавін. Сьледам таго, што v. cava posterior злучаецца з заднімі кардынальнымі венамі апошнія разьбіваюцца на дзьве часткі: краніяльную і каудальную. Першыя застаюцца як v. azygos (з правай стараны) і v. hemiazypos (з левай стараны). Як было вышэй адзначана можа заставацца толькі адна з іх. Але гэтыя вены слабыя, яны зьбіраюць кроў толькі са сьценак тулава.

З папярэдняга відаць, што v. cava posterior уяўляе сабой моцны ствол больш нахілены ўправа ад сярэдняй лініі цела. Такім ён і застаецца ў усіх жывёл на працягу ўсяго жыцьця. Каудальна ад нырак v. cava posterior у ўсіх сысуноў парна на працягу пэўнага часу эмбрыянальнага жыцьця. Парна яна таксама і ў эмбрыёна чалавека. У дарослых на хрыбеткавых яна парна толькі ў некаторых жывёл (Echidna, Cetacea, Edentata). У другіх жывёл v. cava posterior не парна і каудальна ад нырак. Здараецца гэта так, што абодвы корні-ствалы альбо зьліваюцца сумесна, альбо левы корань-ствол аблітэрыруецца да ўтоку ў яго v. spermatica interna s. ovarica.

Гэтакая аблітэрацыя абумаўляецца наступнымі прычынамі: у віду таго, што правая задняя кардынальная вена ляжыць на працягу задняй полай вены, яна мае больш магчымасьцяй хутчэй уступіць з ёй у сувязь і кроў з яе больш хутка і бесьперашкодна будзе адліваць, чымся з левай, якая ўпадае ў v. cava post., утвараючы з ёй даволі значны кут. Гэта вядзе к таму, што рух крыві ў правым корні-ствале зьяўляецца больш шпаркім, чымся ў левым, а гэта прысасывае кроў у гэту вобласьць і правы ствол пашыраецца. У той-жа самы час абедзьве тазавыя часткі карней-ствалоў злучаюцца паміж сабой пры дапамозе анастамозу, які ў чалавека, напрыклад, зьяўляецца яшчэ да закладзін v. cava inferior primitiva. Ён залягае вентральна ад a. sacralis media і з яго потым узьнікае v. iliaca communis sinistra. У крота (Talpa) тут узьнікае два анастамозы. У трусоў і кажаноў (Microchiropteren) абедзьве тазавыя часткі задніх кардынальных вен, зьліваючыся сумесна ўтвараюць адну v. iliaca communis interna. У кажаноў апрача таго верхні анастамоз праходзіць дарзальна ад аорты і левая ныркавая вена таксама праходзіць дарзальна ад яе.

У прыватнасьці ў чалавека разьвіцьцё ніжняга аддзелу веноз. сыстэмы ў галоўным нічым істотным не адрозьніваючыся ад разьвіцьця ў вышэйшых сысуноў, адбываецца наступным чынам: на першым тыдні адбываюцца закладзіны v. v. omphalo - mesentericae, потым v. v. umbilicales і на трэцім тыдні зьяўляюцца заднія кардынальныя вены, якія сумесна з пярэднімі ўтвараюць Ductus Cuv eri, уліваючыйся ў сэрца якое ў гэты час падобна да сэрца рыб. На 4-м тыдні ад агульнай пячонкавай вены расьце каудальна v. cava inferior primitiva. У вобласьці нырак яна злучаецца з венознымі судзінамі апошніх, а таксама і з ніжнімі кардынальнымі венамі, каудальныя часткі якіх і будуць зьяўляць сабой карні ствалы яе, з якіх левы нармальна павінен зьнішчыцца. Карніяльныя часткі ніжніх кардынальных вен застаюцца пад назвай v. ażygos і v hemiazygos.



Мал, 2,

Падрахункоўваючы ўсё сказанае, мы бачым, што v. cava inferior (definitiva) у чалавека генетычна складаецца з наступных частак:

1) з агульнай пячонкавай вены (v. revehens communis hepatis),

2) з v cava inferior primitiva,

3) з правай палавіны верхняга папярочнага анастамозу паміж ніжнімі кардынальнымі венамі,

4) з каудальнай палавіны ніжэй правай кардынальнай вены (Broman, 1926) (мал. 2).

Раўнуючы прэпарат апісваемага мной выпадку з дадзенай схэмай, трэба сказаць, што ў ім дзьве верхнія часткі ўхілаў ад нормы не ўяўляюць, ніжнія-ж дзьве зьяўляюцца анамальнымі па месцу свайго становішча, гэта значыць, што замест правай разьвілася левая палавіна анастамозу паміж абедзьвюма ніжнімі кардынальнымі венамі і далей захавалася левая кардынальная вена замест правай, а таму яна і ляжыць зьлева ад аорты. Ніжні анастамоз ператварыўся ў дадзеным выпадку ў правую v. iliaca communis і ма‘ быць спачатку зьяўляўся двайным, аб чым сьведчыць перамычка (мал. 1, „3“). З гэтага-ж малюнку, які схэматычна зроблен з прэпарату, відаць, з якіх частак (генэтычных) склалася ніжняя полая вена.

Захаваньню левай кардынальнай вены магчыма спрыяла нізкае становішча левай ныркі ў тым сэнсе, што шлях ад левай v. iliaca comm. да ныркавай вобласьці быў значна карацейшым супроць правай стараны.

Падвойны ніжні анастамоз з ухілам налева таксама спрыяў захаваньню левай кардынальной вены. Нізкае становішча левай ныркі і ectopia testis знаходзячыся бязумоўна ў сувязі, паказваюць затрымку разьвіцьця наогул ныркава-генэтальнай сфэры з левай стараны, а ў тым ліку і венозных судзін гэтай вобласьці.

Аўтары прачытаных мной прац таксама тлумачаць пахожую анамалію затрымкай разьвіцьця. Я сустрэў у літаратуры адзнакі аб пахожай анамаліі ў наступных аўтараў:

Morgagni, Franke, Arnold‘a, Harisson, Cruveilhier, Fearnside, Hurte, Garibaldi, Kable, Toldt (цытую па Тіхомірову, 1900 г.),

Crimsdale, Warning, Peterson, Fränkel (цытую па Fränkel‘ю),

Вишневский, Gladstone, Zumstan,
Довгяло (цыт. па Довгяло).

Я зрабіў дасьледваньне наконт становішча v. cava inferior на 36 дзіцячых трупах. Вынікі наступныя: зьліцьцё v. v. iliacae communis вар'іруе паміж ніжнім краем L III і ніжняй палавінай L V. Найчасьцей пачатак ляжыць на ўровені L IV (40%), і L V (35%), потым паміж L IV і L V (15%) і паміж L III і L IV (10%).

Менш чымся ў трэцяй часьці выпадкаў (30%) пачатак ляжыць прыблізна на сярэдняй лініі цела, у апошніх—управа ад яе.

Усе 36 выпадкаў—з правабочным становішчам v. cava inferior.

Zusammenfassung
Linksseitige Lage der unteren Hohlvene.

Weissrussische Staatsuniversität, Anatomisches Institut
Dir. Prof. S. I. Lebedkin

I. D. Andreew.

An einer aus der psychiatrischen Abteilung des 2 Minsker Krankenhauses stammenden Leiche wurde bei Präparierung der Bauchhöle folgendes beobachtet: (Fig. 1) die untere Hohlvene nimmt in ihrem unteren Teil antastt ihrer normalen rechtsseitigen Lage von der Aorta abdominalis einen linksseitigen Verlauf in einer Länge von 8,5 cm.

Etwas höher kreużt sie vorderseitig die Bauchaorta und geht auf deren rechte Seite über, von wo an sie keine weiteren Abweichungen von der Norm bietet. Die gemeinsame rechte Hüftblutader setżt sich wie gewönlich rusammen, indem sie sich vor ihrer Vereiningung mit der entsprechenden linksseitigen Vene in zwei ungleiche Teile verzweigt: einen engeren oberen (0,5 cm.) und einen weiteren unteren (1,25 c.), anders ausgedrückt: es hat sich unweit der Vereinigungsstelle der beiden Hüftblutadern ein Inselchen gebileet.

Die rechte Samenblutader ist bedeutend kräftiger als die linke, wobei ihre Mündungsstelle im Vergleich zur letzteren bedeutend höher liegt. Die rechte Nierenvene mündet ebenfalls weit höher als eie linke, was im Zusammenhang mit der niedrigeren Lage der linken Niere steht.

Die Leiche, an der sich diese Anomalie vorfand, gehört einem sehr mageren Manne mittleren Alters mit allgemeiner Tuberculose beider Lungenflügel an. Weiter liegt linksseitige Ectopia testis vor. Der unentwickelte Hoden liegt im Leistenkanal. Weiter wurde an derselben Leiche Hernia Treiz'ii festgestellt.

Eine Erklärung dieses Falles ist in den Unregelmässigkeiten der Entwicklung des Venensystems im Gebiet der Bauchhöhle und besonders der Nieren zu suchen. Anstelle des hinteren Abschnittes der rechten Kardinalvene entwickelte sich der entspechende Bezirk der linken Kardinalvene und sogar anstelle einer rechtseitigen Anastamose der v. cava inferior primitiva eine linksseitige mit der v. cardinalis inferior.

Das Gesagte ist sehr gut ausdem Schema Fig. 2 ersichtlich, das die mir aus der Literatur bekannten Anomalien der v. cavae inferior veranschaulicht.

Es ist anzunehmen, dass in der frühen Embryonalperiode irgendwelche Ursachen vorgelegen haben, welche die Entwiccklung der gesamten linken Renalgenitalsphäre gehemmt haben: die Niere hat sich nicht gesenkt und die linke Kardinalvene übernahm die Rolle des unteren Teils der v. cara inferior, wobei sie sich erweiterte. Im vorliegenden Falle ist der unitare Teil eer rechten Kardinalvene spurlos verschwunden.

Das verhältnissmässig seltene Vorkommen derartiger Anomalien und einige diesem Falle zukommenden besondere Erscheinungen wie Ectopia testis, die Inselbildung, Hernia Treitz'ii—dürften wohl algemeineres Interesse beanspruchen und zu einer Veröffentlichung dieses Falles berechtigen.

Літаратура:

1. *Hochstetter*. Hanbbuch der Entwickelungslehre III, 2.
2. *Fränkel W*. Linksseitige v. cava inf Anat. Anzeiger 1910 № XXXVII.
3. *Гешелин А*. Перевязка v. cavae inf. Dисс 1911.
4. *Кофман*. Хирург. анатомія почек, Dисс.
5. *Пятницкий*. Хвост у человека, Dисс.
6. *Hochstetter*. Ueber die Bildung d. hint Hohlvene d. Säugetiere Anat. Anzeiger № 16.
7. *Шимкевич*. Курс сравн. анатомии позв. жив. 1912.
8. *Henle*. Grundriss der Anat. des Menschen. 1901.
9. *Гертвиг*. Элементы эмбриологии. 1908.
10. *Broman*. Grundriss der Entwickelungschichte des Menschen. 1926.
11. Wiedersheim. Grundriss der Vergleichenden Anatomie der Wirbeltiere, 1906.
12. *Шмальгаузен*. Основы сравн. анатоміі.
13. *Гиртль*. Руководство к анат. челов. тела. 1869.
14. *Довгяло*. Врачеб. дело, 1925, № 21.
15. *Тихомиров*. Варианты артерии и вен человеческого тела. 1900.
16. *Новиков*. Теория эпигенеза в биологии. 1927.

Да пытаньня аб уплыве разумовай працы на пэраксідазу і каталязу крыві.

З лябараторыі біалёгічнай хэміі БДзУ.

Загадчык праф. *А. П. Бястужаў.*

Асыстэнт *Л. Е. Тарановіч.*

Пры вывучэньні ўплыву псыхічнагаператамленьня ад разумовай працы на арганізм чалавека, было заўважана (д-р Шчэрбак), што пры ім павялічваецца выдзяленьне з мачою фасфатаў кальцыя, і магнія, а таксама мачавой кіслаты, што на думку д-ра Шчэрбака, залежыць ад пагоршаньня працэсаў акісьленьня.

Мэтай маёй працы зьяўлялася: дасьледваць, як уплывае разумовая праца на пераксідазу і каталязу крыві. Пераксідаза, згодна тэорыі Баха, зьяўляюцца фэрмэнтам, які акісьляе пры дапамозе тлену арганічных пярэкісаў. Апошнія ствараюцца пад уплывам так званых оксігэназ, якімі зьяўляюцца, як дапускаюць, лёгка дысацыіруючыя арганічныя злучэньні марганца. Досьледамі Культюгіна і Баха высьветлена, што пэраксідазная функцыя крыві цалком залежыць ад оксігэмаглябіну. Адносна функцыі, якую каталяза выконвае ў арганізьме, няма пэўнага тлумачэньня, ня гледзячы на тое, што гэты фэрмэнт знойдзен, амаль-што ў кожным жывым арганізьме. Супроць пагляду Loew'а, які выказаў думку, што каталяза раскладае пярэкіс вадароду, які ствараецца пры працэсах акісьленьня, даводзілі, што няма паралелізму паміж інтэнсыўнасьцю працэсаў акісьленьня ў некаторых тканінах жывёлін і багацьцем іх каталязаю. Прыкладам, у крыві птушак знаходзіцца, у параўнаньні з крывёю іншых жывёлін, мала каталязы, у той час, як працэсы акісьленьня ў птушак надзвычайна інтэнсыўны (Batteli, Stern). Бах і Chodat лічаць, што невялікія канцэнтрацыі пярэкісу вадароду не зьяўляюцца шкадлівымі, бо вядома, што некаторыя расьліны жывуць нават у 1 проц. растворы пярэкісу вадароду. Апрача гэтага, на іх думку, каталяза раскладае толькі той пярэкіс вадароду, які застаецца нескарыстаным пэраксідазай на працэсы акісьленьня. Abderhalden таксама трымаецца погляду, што каталяза зьяўляецца рэгулятарам працэсаў акісьленьня, раскладаючы лішак пярэкісу вадароду. Урэшце, паводле думкі L. Stern (1927 г.), каталяза, разам з антыкаталязаю (інактыватар каталязы) і філякаталязаю (аднаўляе інактываваную каталязу), стварае сыстэму акісьленьня, у якой антыкаталяза зьяўляецца акісьляючым фактарам, каталяза—пераносчыкам тлёну, а філякаталяза—рэдуцыруючай матэрыяй. Адсутнасьць раўналежнасьці (паралелізму) паміж інтэнсыўнасьцю акісьліцельных працэсаў у некаторых тканках і колькасьцю знойдзенай у іх каталязы. L. Stern тлумачыць неаднальковым характарам акісьленьня ў розных тканках.

На яе думку, каталязы шмат у тых органах, дзе акісьляючы фэрмэнт пераносіць гідраксіл, а вадарод захапляецца якім-небудзь акцэнтарам. Калі такім акцэнтарам зьяўляецца малекулярны тлён, дык ствараецца пярэкіс вадароду. Па гэткаму спосабу, згодна думкі Stern, адбываецца акісьленьне мачавой кіслаты і алкаголю ў пячонцы і нырках, дзякуючы чаму гэтыя органы маюць шмат каталязы.

Каталяза крыві знаходзіцца, галоўным чынам, у эрытрацытах, бо плязма крыві, здабытай праз цэнтрыфугацыю ў прабірках, пакрытых парафінам, а таксама фібрын, здабыты з гэткай плязмы, амаль-што зусім не раскладаюць пярэкіс вадароду (Batteli-Stern). Катылітычная сіла лейкацытаў таксама вельмі нязначна і пры дасьледчых лейкацытозах не наглядалася павялічэньне каталязнай сілы крыві. Што датычыць пытаньня, ці зьяўляецца гэмаглябін эрытрацытаў насіцелем каталітычнай функцыі, ці яна належыць асобнай матэрыі, злучанай са стромай эрытрацытаў, дык досьледамі Культюгіна даведзена, што пэракрысталізаваны гэмаглябін не раскладае пярэкісу вадароду і няма роўналежнасьці паміж колькасьцю гэмаглябіну крыві і сілай яе каталітычнай функцыі, а гэта сьведчыць, што апошняя не залежыць ад гэмаглябіну. Таксама А. Бернштейн, які дасьледваў кроў трусоў, пры экспэрымэнтальнай анэміі, на колькасьць каталязы, знайшоў, што толькі пры гінэхромнай анэміі наглядалася зьніжэньне каталязнага числа і павялічэньне індэксу, а пры звычайнай анэміі зьмены ў каталязным індэксе крыві вельмі нязначны.

Каталязную сілу крыві азначаюць, альбо колькасьцю куб. мілім. H_2O_2, якія могуць быць раскладзены 1-м куб. с. раствору крыві 1:1000 у працягу ½ гадзіны пры t 17°С. (перад тым коўбачка з 1 куб. с. раствору крыві + 7 куб. с. дэстыляванай вады, без H_2O_2, павінна стаяць у працягу 1-ай гадзіны пры t 17°С.),—гэта так званы паказальнік каталязы (па Баху і Зубковай), альбо каталязным чыслом, г. зн. колькасьцю куб. с. тлёну, якія ствараюцца пры раскладаньні 1 проц. раствору пярэкісу вадароду 1-м куб. с. раствору крыві 1 : 1000. Больш дакладным зьяўляецца каталязны індэкс van Thielnnen'a, які выяўляе каталязнае чысло ў адносінах да 1 міл. эрытрацытаў (альбо да ліку эрытрацытаў у 1-м куб. мілім. крыві); такім чынам, пры карыстаньні гэтым індэксам выключаецца ўплыў зьмены ў колькасьці эрытрацытаў на каталязнае чысло і паказваюцца толькі тыя адхіленьні, якія залежаць цалкам ад павялічэньня альбо паменшаньня самой каталязы.

У той час, як паказальнікі каталязы, а таксама сярэдняя арытмэтычная зьмены каталязы за суткі паасобна, зьяўляюцца вялічынямі досыць трывалымі, велічыня амалітуды сутачных зьмен каталязы ў розных асоб можа быць неаднолькавай. Па Васіленко і Баху адхіленьне ад сярэдняй сутачнай можа даходзіць да 13—9 проц., а па досьледах Чалісова, Браіловского, Берлина яно бывае ў здаровых да 26—28 проц., а ў хворых нэўрозамі да 23—48 проц. Па досьледах гэтых-жа аўтараў крывая сутачных зьмен каталязы ў часе сну робіцца больш роўнай, а пры абуджэньні яна троху ідзе ўгару; у працягу 1—3 гадзін пасьля стравававаньня, колькасьць каталязы ў крыві зьніжаецца. Надзвычайна рэзкія зьмены каталязы крыві наглядаюцца пры афэктах, што, на думку гэтых дасьледнікаў, мае сувязь з адзначанай раней іншымі аўтарамі (Mahat, Марачевский, Василенко, Бах) залежнасьцю зьмен каталязнай сілы крыві ад працэсаў, якія адбываюцца ў падкоркавых цэнтрах [1]). Больш-менш значная трываласьць каталязы

[1]) Драпкін, які вывучаў гэта пытаньне экспэрымэнтальна (1928 г.), не знайшоў залежнасьці каталязы крыві ад стану падкоркавых цэнтраў.

крыві ў паасобных людзей выклікала пытаньне, ці не залежыць каталязная сіла крыві ад канстытуцыі. Але адносна гэтага пытаньня няма адзінага погляду. Так, Васильева, якая вывучала суадносіны паміж каталязным станам крыві і індэксам Pignet у 56 хворых, знайшла, што гіпэрстэнікі, з невялікім індэксам Pignet, маюць большыя числы каталязы, чымся астэнікі. Гэткія-ж суадносіны паміж констытуцыяй і каталязай крыві знайшоў у дзяцей пр. Маслов. Бродскі раіць пры трансплянтацыі органаў у жывёлін, таксама, выбіраць тых, што маюць аднальковыя каталязныя індэксы. Кольцов і Елізарова адзначылі сувязь паміж каталязай крыві і констытуцыяй у марскіх сьвінак. Іншага погляду трымаюцца Браіловский, Чалісов, Берлин, якія вывучалі дынаміку каталязы крыві ў хворых на эпідэмічны энцэфаліт і не заўважылі сувязі каталязы крыві з констытуцыяй у дасьледваемых хворых.

Адносна ўплыву хвароб на каталязу крыві адзначана, што пры анэміі (Mosse, Silbergen, Jolles, Васильева-Анвельт), а асабліва пры anemia perniciosa (Dalmody Forday), каталязная сіла крыві зьніжаецца. Таксама выклікаюць зьніжэньне каталязнага числа крыві сухоты, нэфрыт, рак, лейкемія, сэнсія (Jolles, Winternitz, Васильева-Анвельт), авітамінозы, малярыя і ўсе заразныя хваробы (Васильева-Анвельт). Наадварот, заўважана павялічэньне каталязнай сілы крыві пры эмфізэме (Васильева-Анвельт), пры тэтаніі, хранічнай дээнтэрыі (Алёшин).

Каталітычная сіла крыві, асабліва разьведзенай, хутка памяншаецца і тым значней, чым больш разьвядзеньне, чым вышэй тэмпэратура і чым даўжэй стаіць раствор. Прыкладам разьвядзеньні 1 : 25; 1 : 50 зьяўляюцца больш трывалымі чымся 1:1000 (Гагарин-Янковская); пры t° 17C. раствор крыві трацiць праз $2^1/_2$ гадзіны 3,3 проц. каталязы, а праз 5 гадзін 5,14 проц. (Культюгин). Гэтае зьявішча некаторыя (Бах, Зубкова) тлумачылі ўплывам протэазы крыві, якая асабліва пры высокай тэмпэратуры, на іх думку, раскладае каталязу. Супроць гэтага тлумачэньня даводзілі, што інактывацыя каталязы пры стаяньні ёсьць працэс узваротны, бо каталяза аднаўляецца, калі дадаць сьпірытусу да канцэнтрацыі 1:10000, а калі дадаць сьпірытусу пры разьвядзеньні, дык гэтая інактывацыя каталязы не наглядаецпа (Гагарин-Янковская). Таксама зьніжэньне каталязы ў растворах крыві 1:1000 адбываецца аднолькава як у спробах, да якіх дададзены трыпсін і сода, так і ў спробах бяз трыпсіну, што нібы супярэчыць погляду, згодна якога зьніжэньне каталязы ў растворах крыві залежыць ад протэазы. (Степун, Тимофеева). Battel і Stern тлумачаць зьніжэньне каталязы ў растворах крыві, а таксама хуткае зьніканьне каталязы, упырснутай у кроў, прысутнасьцю ў апошняй антыкаталязы, якая інактывуе каталязу. Між іншым, трэба адзначыць, што гэта інактывацыя in vivo зьяўляецца больш моцнай і прыводзіць да поўнага зьнішчэньня каталязы; у той час, як in vitro гэта інактывацыя каталязы зьяўляецца частковаю і пад уплывам філякаталязы альбо слабых раствораў сьпірытусу яна зноў робіцца актыўнаю (Белкин, Кремлева).

З экзагенных фактараў, якія дрэнна ўплываюць на каталязу, трэба ў першую чаргу паставіць кіслоты. Ужо $^1/_{1000}$ N раствор серкавай кіслаты і $^1/_{2000}$ N раствор іодыста-вадароднае кіслаты раскладаюць каталязу (Issaew). Таксама шкодна ўплываюць на каталязу кіслыя солі, у той час, як лугі і лужныя солі толькі ў значных концэнтрацыях затрымліваюць рэакцыю паміж каталязаю і H_2O_2 (Loew, Bergengrün) за выключэньнем $Ba(OH)_2$, які ў $^1/_{500}$ N. растворы раскладае каталязу (Смородинцев). З нэйтральных салей найбольш моцна затрымліваюць каталязную рэакцыю хлёраты, броматы, нітраты, а таксама солі цяж-

кіх мэталяў, ртуці, срэбра і жалеза (Battel i Stern). Найлепшай умовай для каталязнай рэакцыі, у сэнсе стану PH, па Sörensen'у, будзе нэйтральны пункт (H=OH), а па Michaelis'у гэты optimum ляжыць ад 9 да 5,5 PH. З алькалёідаў толькі азотна-кіслы стрыхнін і солі кафэіну затрымліваюць каталязную рэакцыю, а арганічныя злучэньні стрыхніну, атранін, хінін нават спрыяюць гэтай рэакцыі (Brawn, Neilson Santessa, Rossbach). Сьвет як сонца, так і штучны, асабліва ў прысутнасьці тлену, выклікаюць значны распад каталязы да 73 проц. (Zellzer-Jollbauer). Гэты распад павялічваецца ў прысутнасьці гідраксільных іонаў і сэнсыбілізуючых матэрый. Таксама дрэнна ўплываюць на каталязу ультра-віалетавыя праменьні. Адносна ўплыву высокай тэмпэратуры, вядома, што найбольш трывалаю да яе зьяўляецца каталяза крыві чалавека і малпы, асабліва ў параўнаньні з крывёю іншых жывёлін. У вадкім стане яна можа вытрымаць награваньне ў працягу 3-х хвілін пры + 63°C. (van Jttalie).

Вывучэньне ўзаемаадносін концэнтрацый каталязы і пярэкісу вадароду, у якіх яны павінны быць узяты для рэакцыі, каб пры апошняй распад пярэкісу вадароду адбываўся прапарцыянальна колькасьці фэрмэнту, паказала, што пярэкісу вадароду трэба браць з лішкам (Ewaus, Jscowesko). Звычайна трэба браць столькі пярэкісу вадароду, каб пры канцы рэакцыі больш паловы яго засталося нераскладзенаю.

Свае дасьледваньні я вёў пераважна над самім сабою і часткова над двума студэнтамі, у якіх, праўда, удалося ўзяць кроў толькі па два разы. Нагляданьні рабіліся ад 17/XII-26 г. да 15/VI-27 г. і складаліся з таго, што кроў бралася альбо да заняткаў, альбо ўвечары пасьля заняткаў і дасьледвалася на пэраксідазу і каталязу.

Пэраксідаза крыві вызначалася па спосабу Баха і Зубковай. Па гэтаму спосабу ў прабірку налівалася 1 к. с. раствору крыві 1:1000, 7 куб. с. вады, 1 куб. с. 0,1 проц. гваяколу і 1 куб. с. 1 проц. раствору H_2O_2, пасьля чаго прабірка пакідалася стаяць на $^1/_2$ гадзіны пры t 17°C. Праз $^1/_2$ гадзіны высьвятлялася, да якой прабіркі штандартных раствораў падобна, па афарбоўцы, прабірка з дасьледваемай вадкасьцю. Шкала штандартных раствораў складалася з шэрагу прабірак, у якіх знаходзіліся растворы нітрату кобальту, рознай концэнтрацыі, якія адпавядалі па афарбоўцы розным колькасьцям акісьленага гваяколу ў міліграмах і такім чынам пэраксідазная сіла крыві, адзначалася ў тысячных долях міліграму акісьленага гваяколу [1]).

Каталяза крыві вызначалася некалькі зьмененым спосабам Баха і Зубковай, які складаўся з наступнага. У некалькі коўбачак налівалася па 7 куб. с. вады і па 1 куб. с. раствору крыві 1:1000. Частка коўбачак награвалася да гатаваньня дзеля інактывацыі каталязы, пасьля чаго, калі жыжка ў нагрэтых коўбачках прастывала, ва ўсе коўбачкі дадавалася па 2 куб. с. 1 проц. сьвежапрыгатаванага пярэкісу вадароду і яны пакідаліся стаяць у працягу $^1/_2$ гадзіны пры тэмпэратуры 37°C. Тады ва ўсе коўбачкі дадавалася па 3 куб. с. 10 проц. H_2SO і цітраваньнем $^1/_{10}$ N растворам $KMnO_4$ вызначалася колькасьць нераскладзенага пярэкісу вадароду як у коўбачках з актыўным, так і ў коўбачках з інактываваным растворам крыві. Розьніца паміж гэтымі цыфрамі, павялічаная на 1,7, выяўляла каталязную сілу крыві, г. зн. у міліграмах раскладзенага пярэкісу вадароду.

Вынікі нагляданьняў, якія прыведзены ў прыкладзенай табліцы, не даюць магчымасьці адзначыць якой-небудзь залежнасьці ў зьменах

[1]) P. S. Раствор нітрату кобальту для штандартных раствораў прыгатаўляецца гэтакім спосабам: 10,0 albumen ex-ove 5,0 NaOH, 2.0 $CoNO_3$ і 250 к. с. вады гатуюцца 30 хвілін, пасьля чаго фільтруюцца праз азбэст.

пераксідазы крыві ад разумовай працы. Найменшыя і найбольшыя цыфры, якія прыходзілася наглядаць, 601 120, адпавядаюць тым зьменам, якія, згодна дасьледваньням Баха і Зубковай, бываюць у норме. Потым як перад заняткамі, так і пасьля іх, наглядаюцца аднолькавыя вялічыні паказальніка пэраксідазы (2/I; 29/XII; 28/V). Адносна паказальніка каталязы таксама нельга адзначыць якой-небудзь сувязі паміж яго велічынёю і разумовай працаю. Паменшаньне цыфры паказальніка каталязы, якое наглядаецца ў некаторыя дні пасьля заняткаў, можна тлумачыць звычайным зьніжэньнем каталязнай сілы крыві ўвечары, і розьніца паміж паасобнымі цыфрамі каталязы, на большасьці зьяўляецца нязначнай (прыблізна ў сярэднім—2). Нязвычайнае падвышэньне паказальніка каталязы, якое адзначана 28/V, саўпадае з пачаткам нейкае хваробы (influenca).

Такім чынам, разумовая праца ня чыніць, як відаць, значнага ўплыву на стан пэраксідазы і каталязы крыві, што можна тлумачыць альбо, згодна думцы L. Stern, асаблівасьцю працэсаў акісьленьня, якія адбываюцца пры мазговай працы (малы ўдзел пэраксідазы і каталязы), альбо нязначнаю зьменнасьцю каталязы крыві, як канстытуцыйнага фактару.

№ 1.

Вынікі досьледаў вызначэньня каталязы і пераксідазы крыві па Баху і Зубковай.

Пол і ўзрост	Дата досьледу	Гадзіны дню Гадз. хвіл.	Каталяза [La catalose] Да працы	Пасьля працы	Пэраксідаза (Za peraxidase) Да працы	Пасьля працы
			[Avant et aprés le travail]		[Avant aprés le travail]	
1. М. 41 г.	21/XII 26 г.	10—47	14.1	—	53	—
"	29/XII "	18—15	—	11,4	—	88
"	2/I—27 г.	12—37	12,24	—	80	—
"	5/I "	18—47	—	12.4	—	100
"	11/II "	20—10	—	11,9	—	120
"	11/III "	13—10	14,28	—	80	—
"	" " "	19—25	—	11,7	—	100
"	6/IV "	20	—	9,5	—	88
"	10 IV "	13—47	13,3	—	60	—
"	20/IV "	12—50	12.6	—	80	—
"	" " "	15—33	12.6	—	80	—
"	28/V "	20—10	—	18	—	80
"	15/VI "	20—45	—	12	--	—
2. М. 26 г.	17/XII 26г.	17—10	—	15,3	—	80
"	15/I—27 г.	—	—	—	—	—
"	(пасьля адпачынку)	17—50	14,96	—	92	—

№ 2.

Вынікі досьледаў вызначэньня каталязы газамэтрычным спосабам

(па колькасьці куб. с. тлену, які выдзяляе 1 куб. с. крыві з 10 куб. с. 1 проц. пярэкісу вадароду ў працягу пяці хвілін).

Пол і ўзрост	Дата досьледу	Гадзіны дню Гадз. хвіл.	Каталяза (La catalase) Да працы	Пасьля працы
			(Avant aprés) le travail. ć. c. oxyg.	
1. M. 43 г.	31/I—29 г.	18	2360	—
„	„ „ „	21—10	—	2520
„	7/II „	20—30	—	2500
„	17/III „	11—45	2640	—
„	4/IV „	19—10	—	2410
2. M. 35 г.	8/II—29 г.	18—10	—	3100
„	22/III „	19—30	—	3170
„	7/IV „	12—25	3130	—

Літаратура:

1. *Batteli u. Stern*—Ergebn, d. Physiol. 1910; 10 531.
2. *Тыя-ж аўт.* Biceh. Zetschr. 1908 X 13 3H.
3. *Zeller u Jodlbaner*—Той самы часоп. 1908 VIII 13 I H.
4. *Frederic KSZ*—Genew Luft ol. Botau 1911.
5. *S. Halliff*,—Genew. Traw. an lab-d. Physiol. 1904.
6. *O. Loew.*—Centr. bl. I. Bactl. Paras K. u Luf Kr. 1908 XXI B.
7. *Бах и Зубкова*—Усп. Экспер. биол. 1922 г., т. I.
8. *Е. Н. Васильева*—Врачебное Дело. 1926 г. № 1.
9. *Е. Васильева-Анвельт*—Той-самы часоп. 1926 г. № 23.
10. *А. Культюгин*—Журн. Экспер. биол. и медиц. 1925 г. № 2.
11. *А. Бах и А. Культюгин*—Той-самы часоп. 1926 г. № 1.
12. *Гагарина и Янковский*—Той-самы часоп. 1926 г. № 7.
13. *Штерн*—Той-самы часоп. 1927 г. № 15.
14. *Опарин*—Той-самы час. 1927 г. №
15. *Бернштейн*—Той-самы часоп. 1926 г. № 3.
16. *Белкин, Кремнев, Фальк*—Той самы часоп. 1927 г. № 20.
17. *Степун, Тимофеева*—Труды Научн. Фарм. Инст. 1926 г. № 18.
18. *Берлин, Чилисов, Браиновский*—Медико-биол. журн. 1925 г. I.
19. *Тыя-ж аўтары*—Той-самы часоп. 1927 г. I.
20. *Смородинцев*—Ферменты. 1922 г.
21. *Абдергальден*—Учебн. Физиолог. Химии.
22. *Драпкин*—Медико-биолог. журнал в. II. 1928 г.

L'influence du travail intellectuel sur la peroxydase et sur la catalase du sang.

Assistant L. Taranowicz.

De laboratoir de la chimie biologique a t' Université d'Etat de la Russie Blanche.

Les explorations se faisaient principalement sur soi—même et consistaient à définir la catalase et la peroxydase du sang avant le travail aussi bien qu' après. D' après le données recues, le travail intellectuel n' opère pas d' influenee seusible sur la catalase et la peroxydase du sang; ca peut tenir d'un côté à cela que ces ferments participent peu dans le pronces de l'oxydation qui se pronuit dans le cerveau (Stern), de la catalase du sang comme facteur constitutionel.

Шпітальная тэрапэўтычная клініка Б. Д. У. (дыр. праф. Ф. О. Гаусман).

Паказчык ліпазы крывяной сыраваткі пры ўнутраных і інфэкцыйных захварэньнях і яго паралелізм з рэакцыяй асаджэньня эрытрацытаў, р. Matèfy і малюнкам белай крыві.

Я. Е. Шапіра.

За апошнія гады аднэй з важных тэм сучаснай біалёгіі і мэдыцыны паўстала пытаньне аб фэрмэнтах. „Фэрмэнты",—піша Грынёў—„гэта насіцелі ўнутрыклетачнага абмену матэрый, гэнэратары жывых сіл пратаплазмы". Цяпер усе аўтары прызнаюць, што фэрмэнтам уласьціва функцыя галоўнага і пераважнага рэгулятара і кіраўніка тэй хэмічнай лябараторыі, якой у сучасным асьвятленьні біалёгіі прадстаўляецца жывая клетка арганізму.

Фэрмэнты знаходзяцца ўсюды, дзе толькі выяўляецца арганічнае жыцьцё. Усё жыцьцё бактэрый—нішто іншае, як сума дзейнасьці заключаючыхся ў іх фэрмэнтаў (Duclaux). Паколькі ў аснове жыцьця клеткі ляжыць харчаваньне, а працэсы расчапленьня і сынтэзу працякаюць толькі пры наліччы энда- і экзагенных фэрмэнтаў, пастолькі-ж складаныя працэсы ў арганізьме, якія абумоўліваюць яго жыцьцё ў норме і ў паталёгіі з пункту погляду сучаснай біахэміі, тлумачыцца фэрмэнтацыйнай сілай, якая выяўляе сваё дзеяньне па пэўных біалёгічных законах. Ня дзіўна, што вывучэньнем прыроды гэтых фэрмэнтаў у сучасны момант заняты вумы шматлікіх вучоных.

Да гэтага часу яшчэ невядома хэмічная структура (формула) фэрмэнтаў. Адзінымі хэмічнымі адзнакамі, якія пакуль што вядомы для фэрмэнтаў, зьяўляюцца іх дзеяньні на субстрат і адносіна да акціватараў і прыгнятаючых матэрый. Большасьць аўтараў (Stern, Baylisz, Смародзінцаў, Бітны-Шляхта і інш.) да гэтага часу схільны лічыць фэрмэнты матэрыяй, якая хэмічна і фізычна блізка стаіць да калёідаў і, нясуменна, бялковага характару. За апошні час выдатнымі працамі Wilsfätter'а і яго вучняў, прапануючымі выдзяляць фэрмэнты з іх сумесяй, карыстаючыся мэтадамі адсорбцыі, пасьпяхова вырашана адна з важнейшых задач сучаснай фэмэнталёгіі—атрыманьне фэрмэнтаў у чыстым выглядзе. Атрыманыя імі вынікі паказваюць, што фэрмэнты нельга аднесьці ні да бялкоў, ні да вугляводаў, ні наогул да якой-небудзь з вядомых груп складаных арганічных злучэньняў. Па даных Wilstätter'а малекула фэрмэнта складаецца з калёідальнага насіцеля і чыста хэмічна дзейнічаючай актыўнай групы (уласна фэрмэнта), які цалкам адлучыць ад першага ня ўдалася і, якая можа зьмяняць характар тых агрэгатаў, у склад якіх уваходзіць.

Што датычыцца фэрмэнтаў крыві (форменых элемэнтаў, плазмы і сыраваткі), то заслугоўвае асобнага інтарэсу вывучэньне сувязі апошніх з марфалёгічным складам і фізыка-хэмічным становішчам крыві жывога арганізму, плазма якой разглядаецца ў сучасны момант, як складаны бялковы калёідны раствор.

Нармальнае цячэньне жыцьцёвых працэсаў клеткі, тканіны, органаў і арганізму ў цэлым магчыма пры ўмове нармальнага цячэньня фэрмэнтацыйных працэсаў, нармальнага фізыка-хэмічнага становішча калёідаў і кіславата-шчолачнае роўнавагі тканінных сокаў. Хвароба выклікае ў арганізьме цэлы шэраг рознастайных зьмен. Клінічны вопыт і назіраньні даўно ўстанавілі залежнасьць паміж цэлым шэрагам захварэньняў і зьменамі, якія адбываюцца ў лейкацытарнай формуле, як вынік уплыву таксычных пачаткаў на крывятворны апарат. Сучасная біахэмія тлумачыць цэлы шэраг клінічных зьявішч пры тым ці іншым працэсе ў арганізьме зьменамі хэмічнага складу крыві (актуальная рэакцыя, солевы, газавы склад, буфэрная здольнасьць, парушэньне дыспэрнасьці калёідаў і г. д.); адначасна з гэтым хэмічны склад плазмы, якая адбівае шмат з таго, што адбываецца ў біахэмізьме ўсяго арганізму, аказвае нясумненны ўплыў на фэрмэнтацыйныя працэсы; асаблівую выключную ролю ў працэсе фэрмэнтацыйнай прыроды адыгрывае актыўная рэакцыя; побач з парушэньнямі фізыялёгічнага працэсу абмену матэрый і нармальнага ходу фэрмэнтацыйных працэсаў у шмат выпадках адбываецца марфалёгічная перамена тканіны, зьмены ў іх і разам з тым—у крыві. Калі ўзаемны ўплыў, ход і значэньне гэтых марфалёгічных, біахэмічных і фэрмэнтацыйных зьмен у крыві нам яшчэ ня зусім ясны, то законамернасьць гэтых зьмен клінічна ня цяжка ўстанавіць

Цэлы шэраг аўтараў прызнае, што сутнасьць праявы канстытуцыйнасьці ў становішчы здароўя і хваробы крыецца ў характары фэрмэнтацыйных працэсаў. Праф. Маслаў даную думку выражае наступным чынам: „гарманічнае разьвіцьцё клеткі залежыць бязумоўна ад сумы фэрмэнтаў у целе, іх якасьцяй і ўмоў дзейнасьці і ад карэляцыі іх дзейнасьці ў працэсе абмену матэрый“.

Заслугоўвае ўвагі фэрмэнтная тэорыя імунітэту (Toc. Abderhalden, Belin и др.), сувязь якога з фізыка-хэмічнымі фактарамі нясумненна (Слаўцоў).Асабліва цікава ўсё больш і больш высоўваючаяся роля фэрмэнтаў у навуцы аб інфэкцыі. Фрыдбэргер, Шытэнгельм, Вэйхардт, Арансон і інш. у аснову новага вучэньня аб інфэкцыі і імунітэце клалі магутны інстынкт кожнай жывой клеткі барацьбу за існаваньне, г. зн., за магчымасьць харчаваньня і размножаньня: прыладаю барацьбы зьяўляюцца фэрмэнты. Імунітэт заснаваны на папярэдняй выпрацоўцы фэрмэнтаў, якія не дапушчаюць размножаньня мікробаў; наадварот, звышчуласьць арганізму і яго хуткае паражэньне згрунтаваны на нездольнасьці з боку арганізму вырабляць адпаведныя абаронныя і абараніцельныя сілы—фэрмэнты (Schutz—und Abwehrfermente по Abderhalden'у). Мікробы патагенны пастолькі, паколькі ў тканіне арганізму ёсьць умова, якая адпавядае ўсім патрабаваньням у адносіне да добрага пажыўнага асяродзьдзя, лёгка расчапляемага фэрмэнтамі, пранікаючых у тканіны мікраарганізмаў. Можна паказаць на некалькі прыкладаў. Пры дасьледаваньні ўспрыймальнасьці марское сьвінкі да сібірскае язвы Бязрэдка знайшоў, што толькі скураны пакроў зьяўляецца тэй тканінаю, якая ўласна прадстаўляе сабой спрыяючыя ўмовы для разьвіцьця ў ёй сібіраязьвенных палачак. Калі-ж заражэньне марское сьвінкі ўтвараецца не праз скуру, а якім-небудзь шляхам, сібіраязьвенныя палачкі гінуць і заражэньне не ўдаецца. Тубэр-

кулёзныя палачкі Коха для кур нявірулентны, а тубэркулёныя палачкі Arloing-Maffucci аказваюцца вірулентнымі ня толькі для птушак, але і для труса, для марской сьвінкі яны нявірулентны. Таму падобных прыкладаў шмат. Прыроджаны імунітэт і звышчуласьць у адносіне да розных мікробаў тлумачыцца індывідуальнымі асаблівасьцямі ў фізычна-хэмічнай структуры мікробаў і розных тканін арганізмаў, а ў апошняй адна з галоўных роляй належыць фэрмэнтацыйнай прыродзе.

Гэтая барацьба высока-дыфэрэнцыраванага шматклетачнага арганізму з ніжэйшым аднаклетачным прыходзіць у сутнасьці да барацьбы двух аднолькава біалёгічна ўтвораных жывых клетак, з якіх кожная служыць пажыўным матар'ялам для іншай, пры распадзе вірусу ў целе узьнікаюць атрутныя матэрыі, якія дзейнічаюць руйнуючым чынам на клеткі цела і выклікаюць сымптомакомплекс хваробы; атрутныя прадукты ў сваю чаргу руйнуюцца і абязшкоджваюцца адпаведнымі фэрмэнтамі (клетак і тканінных сокаў) паражонага арганізму; перамога застаецца за тым, чые фэрмэнты хутчэй мабілізуюцца, актыўнейшыя і больш здольныя да пераварваньня праціўніка.

Лічыцца агульнапрызнаным, што фэрмэнты па аналёгіі з таксінамі, з якімі яны блізкія па сваіх хэмічных і біалёгічных уласьцівасьцях (Коршун) [1]), выпрацоўвае спэцыфічныя антыцелы.

Зразумела, чаму сучасная клініка і экспэрымэнтальная мэдыцына, якая ставіць сваёй задачай пранікаць у самую сутнасьць утвараючыхся ў арганізьме працэсаў, прыбягае да цэпкіх мікрамэтадычных, хэмічных і біалёгічных рэакцый, аддае шмат месца пытаньню аб фэрмэнтах.

Я паставіў сабе задачу прасачыць на нашым клінічным матар'яле характар утвараючыхся ў крывяной сыраватцы пры розных захварэньнях фэрмэнтацыйных працэсаў. Прадметам гэтага паведамленьня служаць хістаньні і зьмены ліпалітычнай фэрмэнтацыйнай функцыі сыраваткі.

Адначасна ў гэтай працы прыводзяцца паралельныя дасьледаваньні марфалёгічнага складу крыві і дысперснасьці калёідаў яе сыраваткі. Пры прыступленьні да дасьледчае часткі нашае працы напрашвалася пытаньне: быць можа, побач з schilling'оўскім зьмяшчэньнем нейтрафільных ядраў, з адхіленьнямі ў той альбо іншы бок у колькасьці іншых формавых элемэнтаў, са зьменамі фізыка-хэмічнага складу (бялковага спэктру) крывяной сыраваткі, можна зазначыць альбо пасіленьне, альбо паслабленьне ліпалітычнай фэрмэнтацыйнай дзейнасьці сыраваткі.

* * *

Па пытаньні аб сутнасьці і аб паходжаньні сыраватачнай ліпазы думкі аўтараў ня сходзяцца. Ганрыо і інш. бачаць у ліпазе крыві рэгулятар тлушчавага абмену, праф. Слаўцоў разглядае ліпазу, як антыцела супроць ліпаідаў. Constein тлумачыць зьмену ліпалітычнага паказчыка ў розных паталёгічных становішчах зьменаю ўсяго абмену, у тым ліку складу і шчолачнасьці крыві.

Лічаць, што ліпаза крывяной сыраваткі падобна іншым фэрмэнтам складаецца з ліпазы, усасаўшайся з кішочніку, з ліпазы, вымытай крывёю з органаў і з ліпазы формавых элемэнтаў крыві, пераважна лімфацытаў. Jolling, знаходзячы пры атручаньні фосфарам павялічэньне ліпазы ў крыві і памяншэньне яе ў пячонцы, прыходзіць да вываду, што ліпаза крыві зьяўляецца прадуктам органаў вымытых у кроў (Jolling. Journal of exper. med. 22.701. 1915). Prewitt, прапускаючы праз печань пілакарпін, знаходзіў вымываньне ліпазы печані ў кроў,

[1]) Коршун. Аб біахэмічнай сувязі паміж таксінамі і энзымамі. Харкаў, 1903 г.

у той час, як знаходжаньне ліпазы ў самай печані паменшылася (Amer. journal of phys. 1923.65(287). Кэсель лічыць павышэньне ліпалітычнай здольнасьці крыві пасьля наркозу (клінічна і экспэрымэнтальна) таксама за лік вымываньня ліпазы з органаў (печані) з прычыны таксыкоза. Michaelis u Rona [1]) на тэй падставе, што цэльная кроў мае ў сабе больш ліпазы, чым сыраватка, лічаць, што крывяныя цельцы (у прыватнасьці лейкацыты, не прадрашаючы якія) таксама маюць у сабе гэты фэрмэнт. Шчавадзуцкі на падставе дзесяці дасьледваньняў ліпазы ў цэльнай крыві і асобна ў адмытых фізыалёгічным растворам эрытрацытах прыходзіць да вываду, што найбольшая колькасьць крывяной ліпазы знаходзіцца ў эрытрацытах. Слаўцоў і Чарнышэвіч на падставе данных дасьледваньня ліпазы ў сыраватцы асобна і ў эрытрацытах і лейкацытах сьвіньні, барана і каня прыходзяць да вываду, што ліпаза крыві, падлеглая ў жывёлы значным хістаньням, разьмяркоўваецца вельмі арыгінальна, галоўная яе маса знаходзіцца ў эрытрацытах і меншая ў сыраватцы. У лейкацытах-жа памянёныя аўтары ліпазы не знаходзілі, але ў адносіне да іх ня робяць ніякіх вывадаў, бо, на іх думцы, іх даныя патрабуюць праверкі. Ёсьць і іншыя экспэрымэнтальныя даныя, якія кажуць аб наліччы ліпазы ў эрытрацытах. Панчэнкаў знаходзіў, што пры ідэнтычных умовах у эрытрацытах трусоў знаходзіцца значна менш ліпалітычнага фэрмэнту, як у сыраватцы, і што гэтая колькасьць пры паталёгічных умовах (экспэрымэнтальна пры тубэркулёзе) не падлягае колькасным хістаньням.

Задача экспэрымэнтальнай мэдыцыны ўстанавіць, ці зьяўляецца эрытрацыт насіцелем ліпазы, як устаноўлена ў адносіне да каталазы альбо ліпаза адсарбуецца эрытрацытам, і ў выніку гэтае адсарбацыі мы атрымліваем ліпазы ў сыраватцы менш, чым у цэльнай крыві. Дасьледваньні паказчыка ліпазы эрытрацытаў і сыраваткі труса Панчанкава па пытаньню аб самастойнасьці ліпазы эрытрацытаў выявілі наступнае: 1) у здаровых трусоў ліпаза эрытрацытаў адрозьніваецца сваёй устойлівасьцю да хініны і атаксылу, у той час, як ліпаза сыраваткі вельмі чулая да гэтых фармакалёгічных атрут, 2) у тубэркулёзных-жа кролікаў, дзе звычайна чуласьць сыраватачнай ліпазы можа зьмяніцца ў залежнасьці ад таго, якога органу ліпаза паступае ў кроў, ліпаза-ж эрытрацытаў захоўвае сваю адносіну да хініны і атаксылу, не падлягае ні якасным, ні колькасным зьменам—усё гэта абумоўлівае розьніцу.

Oppenheimer мяркуе, што ліпаза крыві зьяўляецца, галоўным чынам прадуктам, вымытым з сыстэмы розных органаў і разам з тым дапушчае самастойнае паходжаньне часткі ліпазы і крыві, лічачы, што яна—гэтая частка мае сваім пачаткам нейкія крывяныя цельцы.

Цэлы шэраг аўтараў прыпісвае лімфацытам утрыманьне тлушчасчапляючага фэрмэнту ліпазы. Праф. Буйневіч тлумачыць адносна павялічэньне лімфацытаў пры ацечнай хваробе галадаючых (Odem Kran Kheiten) рэакцыяй арганізму, накіраванай у бок рашчапленьня прадуктам лімфацытаў, ліпазай, уласных тлушчаў арганізму па-за стрававальным трактам; аўтар наогул надае вялікае значэньне лімфацытам у тлушчавым абмене. Bergel яшчэ ў 1909 г. даказваў, што лімфацыты зьмяшчаюць і выдзяляюць ліпалітычны фэрмэнт. Апошні разглядае лімфацытарныя інфільтраты, якія прадстаўляюць, як вядома, паталёга-анатамічны субстрат тубэркулёзу і сыфілісу, як абаронную рэакцыю арганізму: намножаньне лімфацытаў, прадуцыруючых ліпазу, садзейнічае зьнішчэньню ўзбудзіцеляў. Праф. Грэкаў фіксіраваў увагу 15 хір. зьезду на лячэньні хворых костным tbc іодам, разьлічаючы, што апошні

[1]) Michaelis u Rona. Biochem. Leitschr. 31.345. (1911).

пасіліўшы лімфацыты крыві, падымае і ліпалітычную здольнасьць яе і што ліпаза зьяўляецца адным з фактараў змаганьня з тубэркулёзнымі палачкамі. Нямала паказаньняў у літаратуры і нават у элемэнтарных кіраваньнях па гэматалёгіі, што ня ўсе лімфацыты зьяўляюцца ў аднолькавай меры насіцелямі ліпазы і сэцэрпіруючымі гэтакую ў кроў. Па Papenheim'у выражэньнем сакраторнай функцыі лімфацытаў зьяўляецца азурафільная зярністасьць, якая знаходзіцца толькі ў макралімфацытах, і якая, можна сказаць, зусім адсутнічае ў малых лімфацытах. Грыднёў, праверыўшы ўплыў сьвету на лімфацытоз, прыходзіць да вываду, што спрыяючая роля геліатэрапіі на цячэньне бугарчаткі (лігачнага і хірургічнага) утвараецца ў выніку павялічэньня пад уплывам раздражняльніка сьвета вялікіх лімфацытаў. Вінаградаў прыводзіць даныя аб уплыве паветры хваёвых лясоў на гемаграму ў тубэркулёзных хворых, з якіх відаць, што лімфацытоз утвараецца галоўным чынам за лік вялікіх лімфацытаў. Калі выходзіць з даных дасьледваньня Quinke, H. Meyer'a і Behring'a, устанавіўшых, што сьвет аказвае ўзбуджаючы ўплыў на дзеяньне клетачных фэрмэнтаў і прымаючы пад увагу спрыяючую ролю геліатэрапіі і паветра хваёвых лясоў на палепшаньне абмену матэрый, то данныя Грыднёва і Вінаградава служаць сукосным доказам на карысьць тэорыі Papenheim'a. Bergel, кладучы ў аснову клясыфікацыю белых цельцаў крыві ня толькі марфалёгічны і гэнэтычны прынцып, але і біалёга-функцыянальны, уключае ў групу лімфацытаў таксама пераходныя формы, Plazma zellen, нават рэцікула-эндатэліальныя клеткі, лічачы, што ўся гэтая лімфацытарная група ўладае аднэй ліпалітычнай функцыяй. Ашальм, Фісінгер і Мары знаходзілі ліпазу ў гноі, у лейкацытах гнойных і сера-фібрыозных эксудатаў і не выяўлялі такой у міэлацытах. Zeri і Memli (па Oppenheimer'у), знаходзячы ў эксудатах больш ліпазы, чым у трансудатах, прапануюць гэтую адзнаку ў якасьці дыфэрэнцыяльнае. Работы аб зярністасьці Муха прадстаўляюць шэраг сукосных доказаў таму, што лімфаманацытам, відаць, уласьціва прысутнасьць ліпалітычнага фэрмэнту (цыт. па Босіну). Выходзячы з фэрмэнтнай тэорыі імунітэту, асабліва заслугоўвае ўвагі роля ліпазы ў барацьбе з тубэркулёзнай палачкай, блядай сьпірахетай, праказай і інш. у зьвязку з прадстаўленьнем аб разбурэньні ліпазай антыгенаў, які носяць характар ліпаідаў і бактэрый, акружаных ліпаіднай абалонкай. Па думцы многіх, калі справа не даходзіць да поўнага разбурэньня бактэрый, то бязумоўна пад уплывам ліпазы зьмяняецца ўласьцівасьць іх настолькі, што яны робяцца больш грузкімі, ліпкімі і хутчэй фагацытыруемымі лейкацытамі.

У сьвеце гэтых даных надзвычайна цікава вывучэньне паказчыка ліпазы пры розных унутраных і інфэкцыйных захварэньнях і яго супастаўленьня з элемэнтамі белай крыві на вялікім клінічным матар'яле.

Пяройдзем да мэтодыкі вызначэньня сыраватачнай ліпазы.

*
* *

Да мэтодыкі вызначэньня сыраватачнай ліпазы.

Для распазнаваньня і колькаснага вызначэньня крывяной ліпазы прапанована шмат спосабаў і нямала відазьмен кожнага з іх. Мы спыніліся на самым старым спосабе Hanriot (1897 г.), які прыходзіць у асноўным да цытраваньня.

Мэтодыка яго наступная[1]): „у дзьве эрленмэйраўскія коўбачкі мерыцца па пяць к. см. сьвежа згатаванае дэстыляванае вады і па

[1]) Першапачаткова я дасьледваньні рабіў пад кіраўніцтвам Загад. біяхэмічнай лябараторыі нашай клінікі д-ра Лінеца І. М., якому я прыношу падзяку.

1 см.^{3} чыстае (не гемалізаванае) сыраваткі; адна з спроб інактывіруецца кіпеньнем на працягу 10—15 хвілін. Потым у абедзьве коўбачкі ўліваюць па 10 см.^{3} 1% воднага папярэдня нэйтралізаванага раствору манабутырыну і некалькі кропляў талуола, як антысэптык. Мешаніну ставяць у тэрмастат пры 38° на 24 гадзіны. Вынуўшы спробы, дадаюць па некалькі кропляў 1% сьпіртусавага раствору фэналфталеіну і цытруюць $\frac{N}{100}$ шчолачу (NaOH) да паяўленьня слаба-ружовага афарбоўваньня. Розьніца ў цытраваньні паміж вопытам і кантролем паказвае нам нарастаньне кіслотнасьці дзякуючы рашчапленьню сыраватачнай ліпазай манабутырыну на свае вытворныя—гліцарын і масьляную кіслату. Колькасьць см.^{3} $\frac{N}{100}$ шчолачы, ушоўшай на цытраваньне кіслотнасьці, выражае нам ліпазны лік даннай сыраваткі.

Мэтад Michaelis и Roná, які дазваляе судзіць аб сіле ліпалітычнага дзеяньня сыраваткі на падставе вызначэньня прамым сталагмамэтрам (Traube) павярхоўнага нацяжэньня воднага раствору трыбутырыну (трыгліцэрыда месячнай кіслаты) да і пасьля ўліваньня спрабуемай сывараткі ў прысутнасьці буфэрнай сумесі для падтрыманьня р. асяродзьдзя, іншы раз дае неадпавядаючыя вынікі, бо павярхоўнае нацяжэньне можа зьмяніцца ад усякіх знадворных уплываў і ад шматлікіх часам, якія не паддаюцца вучоту абставін; у гэтым мы не адзін раз упэўніваліся, атрыманыя даныя прадстаўлялі надзвычайныя цяжкасьці пры параўнальнай ацэнцы ў клінічным малюнку захварэньня. Demutz адзначае недастатковую прыстасаванасьць гэтага мэтаду пры вызначэньні ліпазы ў сыраватцы, таксама і ў іншых жыжках, якія зьмяшчаюць бялкі і тлушчы. Да таго-ж неабходна адзначыць у прыстасаваньні мэтаду R. и M. рознымі аўтарамі няма аднолькавасьці. Bauer и Sparmann для параўнаньня ліпалітычнай сілы розных сыраватак карысталіся хуткасьцю дзеяньня ліпазы па формуле Schütz'a: $K = \frac{1}{t} \lg \frac{a}{a-x}$, дзе K—хуткасьць, a—першапачатковая канцэнтрацыя трыбутырыну, x—колькасьць трыбутырыну, раскладзенага ў t часу. Іншыя карысталіся проста колькасьцю кропляў, трэція—розьніцай у колькасьці кропляў да і пасьля ўзаемадзеяньня спрабаванай сывараткі ў пэўны працяг часу, прычым апошні бываў па даных розных аўтараў розны. Таксама многія не захоўваюць р. асяродзьдзя. У заключэньне я дазволю выказаць думку, што па розьніцы ў колькасьці кропляў па спосабу магчыма ўстанавіць толькі наліччa ліпазы, судзіць-жа аб велічыне, а тым больш для параўнальнай характарыстыкі—немагчыма.

Мэтад Баха і Зубковай згрунтаваны на раскладзе ліпазай крыві ціаколу, прычым выдзяляецца гваякол; апошні акісьляецца расьліннай пераксыдазай, а аб ступені акісьленьня судзяць калёрымэтрычна. Выражаная ў млгрм. колькасьць гваяколу, які адшчапляецца крывёю, зьяўляецца паказчыкам ліпазы, узятай крыві. Апошняя мэтодыка выдатна тым, што пры ёй вызначаецца цытр ліпазы ў мінімальных колькасьцях цэльнай крыві (20 млг.), узятай з уколу мякаці пальца, што надзвычайна важна ў клінічнай абстаноўцы, дзе патрабуецца і рэкамэндуецца сыстэматычнае шматразовае дасьледваньне. Побач з іншымі мікромэтадамі, патрабуючымі больш складанай апаратуры, гэты мэтад, і на мой погляд, яшчэ па дакладнасьці ўступае мэтаду Ганріо, які лічыцца надзвычайна простым і ўдобным ня толькі ва ўмовах клінікі, але і ва ўсякай вучастковай больніцы.

Мэтад Hanriot на працягу трыццаці год рознымі аўтарамі перайначваўся. Пакажам тут толькі на некаторае перайначваньне. Па Мораву

ліпалітычная функцыя крыві вызначаецца тым-жа цытраваньнем па фэналфталеіну шчолаччу ўтварыўшыхся тлушчаных кіслот пры ўзаемадзеяньні 0,1 см.[3] цэльнай крыві і 2 см.[3] 1% манабутырыну; прычым для выяўленьня канца цытраваньня (ружовае адценьне) афарбаваную крывяным пігмэнгам жыжку прыходзіцца папярэдне разводзіць вадой да прасьвятленьня ў 3—4000, а часам і больш разоў.

Knaffle і Lenz удасканалілі цытрамэтрычны мэтад наступным чынам і да раствору, які зьмяшчае ліпазу, дадаюць манабутырын і індыкатар. Колер індыкатару пасьля стаяньня ў тэрмастаце ад зьявіўшыхся тлушчавых кіслот зьмяняецца і прымае розныя адценьні. Даданьнем дакладна адмераемай колькасьці шчолаччы даводзяць да першапачатковага колеру.

Мануйлаў і Рубэль, лічачы мэтад цытраваньня па фэналфталеіну па дакладным і непазбаўленым суб'ектывізму, прапанавалі цытраваньне хінгідронным электродам электрамэтрычна, дазваляючае вызначыць цытр ліпазы цэльнай крыві ў 0,1 см.[3] апошняй. Аўтары апошняга прыпісваюць мэтаду Hanriot суб'ектывізм і недакладнасьць дзякуючы перайначваньню Морава, па правідловасьці, не пазбаўленага недахопаў. Крыніцай недахопаў і недакладнасьці па спосабу Hanriot, з перайначваньнем Морава зьяўляецца афарбаваная жыжка і неабходнасьць пры цытраваньні па фэналфталеіну папярэдняга моцнага разьвядзеньня вадой, з якой нязьбежна пападае не малая колькасьць вуглякіслаты. Але пры спосабу Гапріо без перайначваньня Морава і пры захаваньні ніжэйапісаных тэхнічных перасьцярог гэтыя недахопы натуральна зьнішчаюцца. Адзіны недахоп мэтаду Hanriot у тым, што ім вызначаецца цытр сыраватачнай ліпазы, а ня цэльнай крыві, для чаго патрабуецца ўзяць кроў з жылы. Мэтад Мануйлава і Рубеля патрабуе для свайго выкананьня больш складанай апаратуры, што робіць яго часам няпрыступным. Да таго-ж ён надзвычайна марудны, бо патрабуецца вызначыць выходнае Ph, і праз 24 гадзіны стаяньня ў тэрмастаце робіцца цытраваньне шчолаччу, дадаючы паступова па 0,3 см.[3] $\frac{N}{100}$ пад кантролем Ph да таго часу, пакуль ня дойдуць да выходнага Ph. Як відаць з даных Мануйлава і Рубеля ліпазныя лічбы цэльнай крыві ў здаровых пры іх мэтодыцы давалі большыя хістаньні, чым у нас, што кажа ў карысьць мэтаду Ганріо. Прыводзім табліцу № 1 ліпазных лічбаў у шасьці здаровых у 0,1 см.[3] сыраваткі.

Табліца № 1.

№№	Ліп. лічба	№№	Ліп. лічба
1	1,4	4	1,5
2	1,3	5	1,4
3	1,6	6	1,6

У норме мы атрымалі хістаньні для 0,1 см.[3] у межах 1,3—1,6; па даных Мануйлава і Рубеля хістаньні складаюць 1,0—1,64. Калі ўзялі для вопыту ня 0,1 см.[3], а 1,0 см.[3] сыраваткі, хістаньні цытра ліпазы ў здаровых зрабіліся яшчэ менш, у сярэднім па нашых матар'ялах (дасьледвана 23 чалав.) ад 13,0 да 15,0. Розныя аўтары ўстанаўлялі для нормы розныя стандартныя лічбы для ліпалітычнага фэрмэнту сыраваткі: Hanriot—12, Carriere—16,5, Марутаяў—14,7, Шульц—15,2, Босін—15—22; Clerc—17 і г. д.

У мэтах дакладнасьці мы ўнесьлі ў мэтодыку некаторае перайначваньне, дасканала кажучы, тэхнічную папраўку: замест дзьвёх коўбачак мы бралі тры, у кожную ўлівалі аднолькавую колькасьць сыраваткі і толькі адну спробу інактывавалі. Цытравалі ўсе тры. Вопыт лічыўся дакладным, калі ў дзьвёх спробах (вопытах) патрабавалася прыблізна аднолькавая колькасьць $\frac{N}{100}$ шчолачы (розьніца ня больш 0,2—0,3 см.^{3} апошняй). Прыведзеныя выпадкі ліпазных лічбаў па табліцы № 3 задавальняюць гэтаму запатрабаваньню, бо ў выпадку разыходжаньня дасьледаваньне ня ўдзельнічала пры ацэнцы ліпалітычнай здольнасьці сыраваткі данага выпадку. Адначасна прыводзім тут некаторыя надзвычайна важныя тэхнічныя перасьцярогі.

Раствор манабутырыну рыхтуецца наступным чынам. Да 100 см.^{3} сьвежа згатаванай і ахаладжанай дэстыляраванай вады дадаюць 1 см.^{3} чыстага нэйтральнага манабутырыну Merc'a, жыжку энэргічна ўстрасаюць 2 гадзіны і зараз-жа наліваюць у вопытныя і кантрольныя коўбачкі па 10 см.^{3}. Начыненьне, ужываемае для вопыту (прабіркі, коўбачкі, піпеткі, вымерныя шклянкі і г. д.), павінна быць сухое, папярэдня падлеглае 10-ціхвіліннаму вылужваньню і паступовай стэрылізацыі сухім парам. Вада, ужываемая пры вопытах, павінна быць абавязкова дэстыляраваная, сьвежа згатаваная і астуджаная да хатняй тэмпэратуры пад коркам. Піпеткі павінны быць спэцыяльныя, асобна для чыстага манабутырыну, яго раствору і сыраваткі. Выдуваньне астаткаў сыраваткі і манабутырыну вытвараюцца ня ртом, а гумавым балёнчыкам. Раствор фэналфталеіна павінен быць па магчымасьці сьвежы і бязумоўна чысты, ясна празрысты. Гэмалізаваныя сывараткі, якія могуць прадстаўляць цяжкасьці пры цытраваньні, для вопыту ня годныя.

Усяго намі прыводзяцца даныя дасьледаваньня сыраватачнай ліпазы ў 258 хворых, якія па захварэньнях разьмяркоўваюцца наступным чынам (табліца № 2).

Табліца № 2.

№№	Захварэньні	Лік выпадк.
1	Тубэр. лёгкіх	54
2	Злоякасн. новаўтвар. . .	16
3	Вісцэральн. люэс. . .	8
4	Хвар. печані і жоўчн. шлях.	24
5	Хвар. нырак і лахан. .	20
6	Сэрцова-сасуд. сыст. .	23
7	Язвы страўн. і 12 п. к..	15
8	Лейкаміі	5
9	Тубэр. палісэразіт . .	2
10	Эпідэм. энцэфаліт . .	11
11	Абмен матэрый і ўнутр. сэкр.	17
12	Інфэкц. і септыч.. . .	36
13	Пляўрыт	12
14	Інш. захв. лёгкіх. . .	15
	Усяго . .	258

* * *

Экспэрымэнтальныя дасьледваньні на жывёле, інфіцыраваных тубэркулёзнымі бацыламі (Sieber, Melis, Schirru, Loevenhard, Грынёў, Двужыльны і інш.) і клінічныя працы цэлага шэрагу аўтараў (Банцін, Босін, Аксянцаў Carriere, Kollert, Frisch, Garnier, Вольтар, Шэвадзуцкі, Пісьнячэўскі і інш.) трактуюць аб тым, што паражоны тубэркулёзам арганізм з мэтаю захаваньня роўнавагі ў барацьбе з інфэкцыяй прадуцыруе ліпалітычны фэрмэнт у цеснай залежнасьці ад стадыі і формы працэсу, выпрацоўваючы тым самым імунітэт. Па даных экспэрымэнтальных работ Грынёва, Зібэра і інш. належыць, што органы, клеткі якіх уладаюць меншай ліпалітычнай функцыяй, часьцей падлягаюць тубэркулёзнаму паражэньню. Параўнальна рэдкае захварэньне скуры тубэркулёзам і праказай тлумачыцца высокім зьмяшчэньнем у скуры вышэйшых эстэраз (Porter цыт. па Смародзінцаву). Дасьледваньне паказчыка ліпазы крыві ў розных жывёлін (Панчанкаў) паказвае, што жывёла, якая ўладае некаторай рэзыстэнтнасьцю да тубэркулёзнай інфэкцыі (кошкі, пацукі, сабакі і коні), маюць высокі паказчык ліпазы: іншыя жывёлы (марскія сьвінкі, каровы, трусы і людзі), менш і зусім няўстойлівыя ў адносіне да тубэркулёзу, параўнальна ўладаюць меншымі ліпазнымі лічбамі. Амаль усе аўтары знаходзяць у вызначэньні ліпалітычнай здольнасьці крыві ў тубэркулёзных хворых каштоўную дыагнастычную і прагнастычную адзнаку. Па Кальцову „ўдзел ліпазы ў змаганьні арганізму з тубэркулёзам зьяўляецца ў сучасны момант настолькі магчымым, што варта затраціць некаторую колькасьць працы дзеля таго, каб праверыць, ці ня зьвязана тубэркулёзная канстытуцыя з насьледным недахопам ліпазы“.

Сучасная клініка тубэркулёзу, якая ставіць сабе задачы: а) распазнаваць пачатковыя формы тубэркулёзу ня толькі ў мэтах індывідуальнага лячэньня, але і сацыяльнай барацьбы з ім; б) выяўляць біалёгічна гнязьдзіўшыйся дзесяцігодзьдзямі тубэркулёз і яго інтаксыкацыю ва ўсіх тых выпадках, якія не вядуць да клінічна даказуемых арганічных паражэньнях; в) атрыманьне найбольш поўнага прадстаўленьня аб працэсе ня толькі ў яго статыцы, але і дынаміцы і г. д. ня можа абмежавацца данымі пэркусіі, аўскультацыі, вагі, t°, Рэнтгена і інш. Адсюль і іншы падыход да вывучэньня тубэркулёзу—бактэрыаскапічны, канстытуцыянальны і імуналёгічны—якія злучаюцца ў агульным комплексе разуменьня „імунабіалёгічная суадносіна сіл“ па Hayek'у. Дыягноз тубэркулёзу павінен быць дапоўнены дыягназам імунабіалёгічнай суадносіны сіл паражонага арганізму, прычым апошні павінен быць неабходным інгрэдыентам першага. Акрамя тубэркулёзных спроб у сваіх розных мадыфікацыях (скураная Пірке, унутрыскураная Манту, каньюнктывальная Wolf—Eisner'а, цытраваньне парцыяльнымі антыгенамі па *Deycke-Much'у*, Calmette, Wilbdolz'а і падскураная Коха) і неспэцыфічных фізыка-хэмічных рэакцый (Daranyi, Matéfy, Weiss'а, Р. О. Э. і інш.), вызначэньне ліпалітычнага фэрмэнту крыві і сыраваткі займае па сучасных поглядах і кірунках клінікі тубэркулёзу грунтоўнае месца. Вось чаму расьце інтарэс да вывучэньня прыроды гэтага фэрмэнту, да выпрацоўкі больш спрошчанай мэтодыкі яго здабываньня, распазнаваньня і колькаснага вызначэньня.

Між рознымі аўтарамі, якія займаюцца праблемай ліпалітычнага фэрмэнту крыві пры tbc, існуюць даволі сутныя разнагалосьсі. Зусім нядаўна па працах Garnier, Carriere і інш. існавала пэўнасьць аб рэзкім памяншэньні ліпазы крыві ва ўсіх выпадках тубэркулёзнай інфэкцыі. Такая думка, па заяве іншых аўтараў, узрасла на тэй падставе, што

першыя ўтваралі дасьледваньні ў хворых і экспэрымэнтальна на жывёле пры тэй стадыі захварэньня, калі маюцца зьявішчы рэзка выражанай дэкампэнсацыі арганізму, кахэксыя,—рэзкая інтаксікацыя, становішча бяспомачнасьці, глыбокія паражэньні цэлага шэрагу органаў, што завецца гэтае сухотнае становішча quo ad vitaem рэзка няспрыяючае. Kollert і Frisch паказваюць, што ўтрыманьне ліпазы ў сыраватцы крыві туб. хворых паказвае законамерную суадносіну: высокі цытр пры прадукцыйна-фіброзных формах і нізкі—пры эксудацыйных. Па даных Шэвадзуцкага пры розных стадыях і формах туб. працэсу сустракаюцца аднолькава высокія, нармальныя і нізкія колькасьці ліпалітычнага фэрмэнту. Босін, Банцін, Аксянцаў і інш. высьветлілі цытр ліпазы ў зьвязку з кампэнсацыяй арганізму: па іх матар'ялах суб-і дэкампэнсыраваныя формы тубэр. праваджаюцца паніжэньнем ліпалітычнай здольнасьці сыраваткі; што датычыцца кампэнсыраванага стану розных форм (пачатковай, фібрознай, фіброзна прадукцыйнай, эксудацыйнай і г. д.), то думкі аўтараў не прадстаўляюць сабой дакладнага, чоткага і ўзгаднёнага. Па думцы адных старыя фіброзныя працэсы даюць паніжэньне ліпазы, па думцы другіх, наадварот,—павышэньне. Так і ў адносіне да другіх форм. Хаця ўсе аўтары сходзяцца на адным, што з абвастрэньнем і распаўсюджваньнем і пасіленьнем туб. інтаксыкацыі колькасьць ліпалітычнага фэрмэнту адпаведна памяншаецца, надаючы такім чынам вызначэньню ліпазы асаблівую вартасьць у сэнсе прагнозу. Прагрэсыруючае паданьне саўпадае з цяжкім цячэньнем працэсу, галёпіруючае разкае паданьне прадвяшчае бліжэйшы exitus letalis.

Пяройдзем да разбору даных сыраватачнай ліпазы ў туб. хворых па нашым матар'ялу (табл № 4) У гэтай главе прадстаўляецца дасьледваньне ліпазы ў сыраватцы крыві 54 туб. хворых, з якіх 21 выпадак скрытай анаўскультацыйнай другой стадыі па Ранкэ (fibrosa densa) формы туб. і 33[1]) выпадкі з наяўным і адкрытым лёгачным тубэркулёзам у сваіх рознастайных клінічных праявах, з іх частка[2]) належыць таксама да другой стадыі па Ранкэ.

У нашай клініцы няма тубэркулёзнага аддзяленьня, хворыя з наяўным тубэркулёзам лёгкіх і са скаргамі па гэтаму поваду пападаюць у клініку надзвычайна рэдка. Але ў хворых, якія паступаюць у клініку па поваду markdownзнага роду іншых захварэньняў, часта пры дакладным дасьледваньні па спосабу праф. Гаусмана 3 і 4) ўдаецца выявіць скрытую форму тубэркулёзу і нярэдка ўстанавіць яе прычынную і этыялёгічную сувязь са скаргамі хворага.

Скрытыя формы тубэркулёзу лёгкіх характарызуюцца адсутнасьцю зьявішч, паказваючых на тубэркулёз альбо наогул на захварэньне лёгкіх. У гэтых выпадках скаргі хворых самыя рознастайныя: дыспэптычныя зьявішчы, боль у падложачнай вобласьці, у правым падрэбр'і і ў іншых мясцох брушной поласьці, паносы, якія зьмяняюцца запорамі, галаўны боль, раздражненьне, рэўматоідныя болі ў суставах, скаргі на

---

[1]) Сюды ўваходзяць выпадкі 3-й больніцы (заг. д-р мэдыцыны Урванцаў) і Менскага начнога стацыянару (д-р Кутоўскі). Загадчыкам гэтых устаноў прыношу падзяку за ласкавае прадастаўленьне матар'ялу.

[2]) Праф. Гаусман, а таксама і Neymann лічаць памылковым той погляд, што ўсялякі наяўны і актыўны лёгачны працэс трэба аднесьці да трэцяй стадыі па Ранкэ (ізалянаванаму лёгачнаму тубэркулёзу).

[3]) Аб выяўленьні скрытых другой стадыі па Ранкэ форм тубэркулёзу дапамогаю дакладнай пэркусіі пад кантролем спробных ін'екцый Альттубэркуліну гл. працу праф. Гаусмана ў Тэрапэўт. архіве за 1928 г. т. VI, вып. V.

[4]) Аб клінічным значэньні туб. другой стадыі па Ранкэ гл. працу праф. Гаусмана ў зборніку, прысьвечаным праф. Глінчыкаву.

непарадак сэрцовай дзейнасьці, парушэньне эндакрыннага характару і ўсялякія трафічныя непарадкі і г. д. Аб хваробе лёгкіх, у прыватнасьці аб тубэркулёзе, хворыя ў большасьці выпадкаў ня знаюць, карыстаючыя іх урачы ў зьвязку з адпаведнымі скаргамі лячылі іх працяжны час сымптаматычна, не каўзальна, ня знаючы аб сапраўднай прыродзе іх захварэньня, часам прыбягаючы да безрэзультатных апэрацый і да курортнага лячэньня (на курортах групы „Мінэральныя воды“). Праф. Гаусман лічыць, што ад скрытага тубэркулёзу грудной поласьці ўплыў на іншыя органы ідзе па наступных шляхох: 1) шляхам інтаксыкацыі, па-першае, эндатаксынамі, вызваленымі пры пагібелі палачак Коха, а па-другое, паталёгічнымі прадуктамі абмену матэрый і паражоных тубэркулёзам тканін, 2) шляхам рэфлексаў, выходзячых ад захварэўшых вучасткаў лёгкіх альбо ад захварэўшых лімфатычных залоз, 3) шляхам мэханічнага ўплыву захварэўшых і павялічаных паратрахэальных, транхэабранхіальных і бронхапульманальных залоз на тыя ці іншыя валокны або гангліозныя вузлы сыстэмы вагосымпатыкусу срэдасьценьня, 4) шляхам гематагеннага высыпаньня палачак Коха ў розныя органы, абумоўліваючыя гэтакае скрытае захварэньне гэтага органу, як у лёгкім, і 5) шляхам утварэньня алергічнага становішча органаў, гэта зн., павышанай чуласьцю да розных раздражыцеляў.

У нашай клініцы ва ўсіх хворых утвараюцца дасьледваньні грудной поласьці дапамогай дакладнай пэркусіі на прадмет выяўленьня: 1) міжлапатачных прытупленьняў, якія паказваюць на лімфадэніты, характэрныя для 2-й стадыі па Ранкэ, 2) прытупленьне надключычнай вобласьці і галоўным чынам падключычнай. Рэкамэндуемы праф. Гаусманам[1]) мэтад пэркусіі згрунтаваны на наступных прынцыпах: 1) ціхая, 2) пэркусія пальцам па пальцу, 3) дачыненьне пальцам—плесімэтрам з целам найменшай роўнасьцю—пад кутом, 4) для пэркусіі сэрца і аорты яшчэ мэтадычная, міжробэрная пэркусія, дадаваемая пэркусіяй па раброх. Нарэшце, ва ўсіх хворых, дзе вышэйапісанай пэркусіяй выяўляецца лімфадэніт і прытупленьне над-і падключычных вобласьцяй, утвараецца ў нашай клініцы дыягнастычная спроба падскурная ін‘екцыя (гл. аб гэтым ніжэй). Такім чынам выведваюцца скрытыя формы тубэркулёзу лёгкіх другой стадыі па Ранкэ, якія прадстаўляюцца нярэдка анаускультацыйнымі формамі.

Прыводзім хістаньні і сярэднія даныя ліпазных лічбаў у туб. хворых (табл. № 4).

№№	Форма туб. лёгкіх	Хістаньні ліпалітычнага фэрмэнту (мінімум — максімум)	Сярэдняя ліпазн. лічба	Лік выпадкаў
1	Скрытая анаускультац. другой стадыі па Ранкэ	13—20	15,0	21
2	Наяўная і адкрытая форма лёгачнага туб.	—	—	33
	З іх:			
	а) дэкампэнсаваная	2,6— 8,4	6,0	11
	б) субкампэнсаваная	7,0—12,0	9,6	14
	в) кампэнсаваная	12,0—20,0	17,0	8

[1]) Падрабязна гл. яго працы K. W. 1925 г., D. A. F. Klin. Med. 1925 г. Врач. Дело 1926 г., Практычны ўрач № 4 1925 г., тэрап. архіў 1928 г. т. VI, вып. V.

Скрытыя анаускультацыйныя формы туб. лёгкіх, дзе скаргі хворых былі самыя разнастайныя і дзе ня было ніякіх паказаньняў на наяўны і адкрыты лёгачны тубэркулёз, характарызуюцца па даных нашага матар'ялу ў сярэднім нармальнымі ліпазнымі лічбамі. У гэтай групе адзначаюцца хістаньні ад 13 да 20 (нязначнае павышэньне), даўшы ў сярэднім ліпазную лічбу ў 15 (норма). Такія ж прыблізна даныя атрыманы намі пры дасьледваньні ліпалітычнага фэрмэнту крывяной сыраваткі з іншымі праявамі тубэркулёзу другой стадыі па Ранкэ (скуры, касьцей, серозных пакроваў)[1]). Бугаева знаходзіла пры скрытых формах хірургічнага тубэркулёзу—без абсцэсаў і з абсцэсамі—высокія паказчыкі для ліпазы і каталазы і нізкія для антытрыпсыну; адкрытыя формы даюць па яе матар'ялах зваротную суадносіну: нізкае зьмяшчэньне ліпазы і каталазы ў крыві і высокае зьмяшчэньне антытрыпсыну.

33 выпадкі[2]) з наяўным і адкрытым лёгачным тубэркулёзам па характару ліпалітычнай фэрмэнтацыйнай функцыі крывяной сыраваткі разьмяркоўваюцца згодна нашых даных па колькасьці не ў залежнасьці ад паталёга-анатамічнай формы працэсу, а адпаведна стану кампэнсацыі агульнага стану, арганізму. З 11 выпадкаў цяжкага тубэркулёзу 9 (80 проц.) давалі рэзкае паніжэньне колькасьці ліпазы (6,0 і ніжэй). Гэта былі выпадкі з рэзка выражанай кахексыяй, t° інтэрміруючага тыпу да 40° са зьмешанай інфэкцыяй (гнойны пляўрыт, гнілосны бранхіт) і г. д. У шматлікіх выпадках гэтай групы пры паўторным дасьледваньні выявілася, што за дзень-два да exitus'a цытр ліпазы быў часам ня вышэй за 3,0—4,0. Як прыклад, прыводзім каротка адну гісторыю хваробы.

Хворы С. 44 г. Хварэў 6 гадоў. У апошні год канчаткова прыкуты да ложка. Узмацніўся кашаль, наступіла рэзкая слабасьць, t° 36,0—39,6°, нават да 40,4°, апошнія два месяцы зьявілася рэзкая задышка, значнае аддзяленьне гнойнай макроты, палачкі Коха 30—40 у полі зроку, Р. О. Э.—вышэй 60 мм. у 1 гадзіну, р. Matefy. 3 м., цытр сыраватачнай ліпазы 3,0, лейкапэнія, лімфапенія, рэзкі здвіг ядраў улева да міэлацытаў уключна. На наступны дзень exitus. Diagnosis anatomica: tbc exudativa pulmon. utr. cum cavern. lob. super. dextr. et sinistr. Pleuriritis adhaesivo chronica fibrosa bilateralis, tracheobronchitis purulenta. Dereneratio amiloidea organorum і г. д. У верхняй пр. долі на сэкцыі выяўлена каверна, якая займае амаль цалкам усю долю, толькі ў ніжняй яе частцы захавана вузкая палоска лёгачнай тканіны, сьценка каверны пераважна гладкая, сьціснутая. У поласьці каверны жыжкаватая гнойная маса з прымясьсю тварожыстай; у верхняй левай долі некалькі меншая каверна, у поласьці якой таксама ёсьць гнойная жыжкаватая маса.

Два выпадкі гэтай групы з дэкамп., даўшы 7,0—8,0 ліпазы, не прадстаўлялі сабой рэзкай кахэксіі, з лейкацытозам.

З 14 выпадкаў лёгачнага тубэркулёзу са зьявішчам субкампэнсацыі 11 (80 проц.)—давалі ліпазу ў межах 8,0—10,5 (сярэдняе паніжэньне); астатнія тры выпадкі, якія характарызуюцца клінічна з няўстойлівай кампэнсацыяй, выявілі ў крывяной сыраватцы ліпазы 10,0—12,0 (нязначнае паніжэньне). Як прыклад, прыводзім кароткія выпіскі з дзьвюх гісторый хваробы.

---

[1]) Сераліпаза пры хірург. тубэркулёзу дасьледвалася сумесна з Іргерам (фак. хір. кл. БДУ) пры ваўчанцы—сумесна з Вашкевічам і Кауфманам (к. вэн. кл. БДУ).

[2]) З іх да 3 стадыі па Ранкэ належаць выпадкі, дзе адсутнічаюць наяўныя лімфадаіты.

1) Хворы Х. 27 гадоў. Хварэе 2 гады. Задышка, кашаль, начныя поты, галаўны боль, дрэнны сон, дрэнны апэтыт. Тры месяцы таму назад было крывахаркаваньне, status praesens 14/V. На правай вяршушцы бранхіяльнае дыханьне з амфарычным адценьнем, значная колькасьць вільготных і крэпэтыруючых хрыпаў. Акцэнт на лёгачнай артэрыі. Палачкі Коха 8—10 у полі зроку. Пульс 112 у хвіліну. Кроў: 46—60 проц., эр.—3630 т. Лейк.—13000. С—54 проц., П—9 проц., Ю—3 проц., Лім. 23 проц., М—10 проц., Э—1 проц. t°—37—37,7°. У мачы рэзка выражаны ўрабілін, р. Matéfy плюс у 10 хвілін, Р. О. Э. у 1 гадзіну 16 мм. Паказчык ліпазы 10,0. Праз тры тыдні рэзкае пагоршаньне. Узмацненьне задышкі, t°—36,4°—38,9°. Спантаны пнэйматаракс. У крыві павялічэньні ядравага здвігу ўлева, лімфапінія, Р. О. Э. у 1 гадзіну 38 мм. Тоны сэрца рэзка глухія. Нязначная ацечнасьць стопаў. Паказчык сераліпазы 7,2.

2) Хворы К. 31 год. Паступіў у клініку са скаргамі на слабасьць, кашаль і галаўны боль. Захварэў 10 дзён таму назад раптоўна, пасьля працы пачуў азноб з паступовым павышэньнем тэмпэратуры. Павышэньню тэмпэратуры не надаваў значэньня, бо за апошнія тры гады даволі часта адзначаў хутка пераходзячае невялікае павышэньне. Да прыходу ў клініку t°—38,0—39,0° status praesens. Бледныя пакровы і наяўныя сьлізістыя. Павялічэньне пахавых, падмышачных і падчэлюсных залоз. У абодвых лёгкіх прытупленьне да другога рабра, больш інтэнсыўна справа. Пры аускультацыі ў правым лёгкім да ніжняй трэцяй лапаткі зьверху значная колькасьць вільготных хрыпаў, у левым лёгкім ззаду на ўзроўні адростку лапаткі дробна-пузырчатыя вільготныя хрыпы. Макрата сьлізіста-гнойная, крывяністая ВК $\frac{1}{3-4}$. t° — субфэбрыльная. У мачы ўрабілін выражаны. Цытр ліпазы 10,4. Знаходзіўся ў клініцы на працягу 3-х тыдняў і выпісаўся пры нармальнай тэмпэратуры. Напярэдадні выпіскі цытр ліпазы 12,0.

Першы з вышэйпаказаных выпадкаў адначасна служыць прыкладам, што з пагоршаньнем клінічнага малюнку тубэркулёзу адпаведна паніжаецца паказчык сераліпазы; другі, наадварот, паказвае, што з пагоршаньнем агульнага становішча арганізму цытр ліпазы павялічваецца.

У сярэднім выпадкі данай групы характарызуюцца ліпазным лікам у 9—6.

Выпадкі, якія характарызуюцца клінічна, як зусім кампэнсаваныя і практычна працягваючыя дзейнічаць, давалі рэзкія хістаньні ліпазных лічбаў ад 12,0 да 20,0, у сярэднім 17,0 (нязначнае павышэньне і ў межах нормы).

Наш матар'ял пераканальна паказвае, што становішча ліпалітычнай фэрмэнтацыйнай дзейнасьці сыраваткі крыві паражонага тубэркулёзам арганізму не адпавядае паталёга-анатамічнай форме, а хутчэй адбівае актыўнасьць працэсу, ступені інтаксыкацыі і становішча арганізму. Нашы даныя ліпазных лічбаў у тубэркулёзных хворых розных форм, стадый і ступені інтаксыкацыі ні ў якай меры ня могуць служыць матар'ялам для простага адказу на асноўнае пытаньне, ці зьяўляецца паказчык ліпалітычнага фэрмэнту прычынай альбо вынікам клінічнага малюнку тубэркулёзнага захварэньня. Нашы даныя, а таксама і даныя іншых аўтараў (Вольтар, Пісьнячэўскі, Frisch, Kollert, Бантин і інш.) не прадстаўляюць прамога доказу таму, што высока-стоячы паказчык ліпалітычнага фэрмэнту ёсьць паказчык таго спрыяючага асяродзьдзя арганізму, дзе не разьвіваецца тубэркулёзная палачка і наадварот. Нават экспэрымэнтальная мэдыцына яшчэ да гэтага часу, ня гледзячы на шматлікасьць прац (Метальнікаў, Туманаў, Kraus, Bergel, Гамалей, Лю-

барскі, Жывага і Каржынская) нам не даюць поўнага ўяўленьня аб мэханізьме разбурэньня і выдзяленьня з арганізму тубэркулёзнай палачкі. Пытаньні тубэркулёзнага імунітэту, пытаньні бактэрыоліза-тубэркулёзнай палачкі маюць патрэбу для яснасьці ў цэлым шэрагу экспэрымэнтальных пацьверджаньняў. Яшчэ больш няясным прадстаўляецца нам меркаваньне асобных аўтараў (Bergel і інш.) аб мабілізацыі ліпазы для ўдзелу ў растварэньні тубэркулёзнай палачкі. Тэорытычна, выходзячы з ліпаіднай субстанцыі абалонкі тубэркулёзнай палачкі, растварэньні ліпазай апошняй магчыма, але экспэрымэнтальна ня зусім даказана (Метальнікаў, Beuer і інш.).

Бясспрэчным зьяўляецца тое, што паказчык сераліпазы выражае тое альбо іншае становішча арганізму, прычым гэтыя хістаньні ліпазных лічбаў у залежнасьці ад становішча арганізму не зьяўляюцца спэцыфічнымі для тубэркулёзу лёгкіх, а бываюць, як убачым ніжэй, і пры іншых цярпеньнях. Мы можам толькі канстатаваць, што для цяжкага тубэркулёзу характэрны нізкія ліпазныя лічбы. Нармальныя ліпазныя лічбы кажуць супроць цяжкага працэсу, але не выключаюць наяўнага, актыўнага і адкрытага лёгачнага працэсу ў кампэнсаванай форме і скрытай анаускультацыйнай форме; павышаная колькасьць ліпазы, якая сустракаецца часам пры наяўных, але кампэнсаваных формах лёгачнага тубэркулёзу, бывае таксама ў скрытых і адносна лёг. туб. у поўным сэнсе слова, клінічна здаровых выпадках.

Чым-жа тлумачыць рэзкія хістаньні ліпазы пры скрытых і наяўных кампэнсаваных формах лёгачнага тубэркулёзу? Чым-жа тлумачыць павышэньне ліпазы ў частцы выпадкаў двух апошніх груп? Некаторыя аўтары часам прабуюць тлумачыць неадпаведнасьць паміж паказчыкам ліпазы і клінічнай ацэнкай тубэркулёзнага працэсу ў лёгкіх з спасылкаю на часта сустракаючуюся неадпаведнасьць паміж узроўнем агульнага і тканнага (лёгачнага), дзякуючы чаму ступень актыўнасьці і распаўсюджанасьці працэсаў ня ідзе ў паралель з агульнай кампэнсацыяй арганізму. Але такое тлумачэньне далёка не вычарпальнае, бо незразумела павышэньне ліпазы ў частцы выпадкаў дзьвух названых груп. Нам здаецца, што мы ня будзем зусім няправы, калі дапусьцім у крыві тубэркулёзных хворых павышэньне ліпазы за лік ліпазы розных органаў, пераважна печані. Па думцы Leuret і Aubertin пры тубэркулёзе лёгкіх церпіць больш або менш печань з прычыны надзвычайнай нагрузкі ад ускладзенай на яе задачы абясшкоджваць альбо зьнішчаць прадукты паталёгічнага пры тубэркулёзе абмену матэрый. Calmette, Hildebrandt, Liebermeister і інш. (па Гаусману) галоўную прычыну захварэньня печані пры тубэркулёзе лёгкіх бачаць у змаганьні печані з палачкамі Коха, занесенымі ў печань, якая адыгрывае першую ролю пры выдзяленьні палачак з арганізму. Не падлягае ніякаму сумненьню, што пры другой стадыі па Ранкэ „гэматогенным высыпаньнем палачак“ многія паранхіматозныя органы церпяць цэлы шэраг функцыянальных парушэньняў і нават анатамічных пашкоджаньняў (Гаусман). Праца Pasqualle, які вывучаў клінічнае значэньне Лейка-Відаля, паказвае, што пры раньніх формах tbc лёгкіх ужо наступная невыстарчальнасьць пратэалітычнае ўласьцівасьці печані. Leuret і Aubertin паказваюць на тое, што вельмі часта тубэркулёз лёгкіх зьяўляецца прычынай гэпатызму. Працы Libermeister'а даволі пераканальна кажуць нам аб невыстарчальнай функцыі печані ў шматлікіх выпадках тубэркулёзу лёгкіх. З гэтага факту зараз выходзіць тлумачэньне аб •вучэньні Гаусмана аб тубэркулёзных гэпацытах, якія ня рэдка ўскладняюць тубэркулёз лёгкіх; хаця па назіраньнях нашай клінікі не ва ўсіх выпадках зачатачнага гэпацыту ўдаецца выявіць парушэньне функцыі печані,

часам нават адсутнічае білірубінэмія і ўрабілін (Ліпец). Літаратурныя даныя нам зусім яскрава пацьвярджаюць факт выяўленьня ў крыві паражонага тубэркулёзам пячоначнай ліпазы (Simon, Шэвадзуцкі). Панчанкаў схільны прызнаць паяўленьне ў крыві тубэркулёзных ліпазы розных органаў (печані), нармальна не паступаючай ў кроў, для таго, каб лепш змагацца з інфэкцыяй, калі адна ліпаза сыраваткі з посьпехам удзельнічаць у змаганьні ўжо ня можа, хаця лічыць, што для ўстанаўленьня гэтага факту патрабуецца спэцыяльная работа. Мы схільны лічыць, што ступень пастапленьня ў кроў ліпазы розных органаў залежыць ад разьмераў і характару функцыянальнага і анатамічнага парушэньня апошніх. Ва ўсякім разе павышэньне ліпазы пры некаторых выпадках тубэркулёзу лёгкіх трэба аднесьці не за лік няяснай для нас гіпэрпрадукцыі арганізму, як яго спэцыфічная рэакцыя для змаганьня з тубэркулёзнай палачкай, а за лік вымываньня і пастапленьня ў кроў ліпазы розных органаў, у першую чаргу печані, пры агульным захаваўшымся ходзе фэрмэнтацыйных працэсаў і абмену матэрый resp. кампэнсацыі арганізму.

Мы прабавалі знайсьці паралель у скрытых формах тубэркулёзу паміж колькасьцю ліпалітычнага фэрмэнту і ступеньню, характарам алергіі паражонага тубэркулёзам арганізму.

У нашай клініцы шырока карыстаемся спэцыфічнай дыягностыкай (Піркэ, падскурная ін'екцыя Alttuberculina) для пацьверджаньня пэркуторна выяўленай анаускультацыйнай другой стадыі па Ранкэ формы тубэркулёзу. Тубэркуліна—дыягностыка нам робіць вельмі каштоўныя паслугі. Яна робіцца наступным чынам: у хворых два дні мерыцца тэмпэратура кожныя дзьве гадзіны і, калі яна нармальная, то на трэці дзень ім упырскваюць пад скуру ў міжлапатачнай галіне тубэркулін у дозе 0,1—0,9 млг. Пасьля ін'екцыі тэмпэратуру працягваем мерыць кожныя дзьве гадзіны і сачым, ці не наступае якая-небудзь рэакцыя (мясцовая, ачаговая і агульная). У выпадку адсутнасьці рэакцыі на вышэйпаказаную дозу, то праз тры-чатыры дні ўпырскваюць такім-жа чынам 0,8—1,0 млг. Калі і пасьля гэтай дозы ня бывае рэакцыі, то праз 3—4 дні пераходзім на дозу 5—10 млг. Калі і пасьля апошняй дозы рэакцыі няма, то ў клініцы праф. Гаусмана лічыцца. што ў арганізьме хворага няма тубэркулёзных ачагоў, якія могуць рэагаваць на тубэркулін, значыць, гэтае захварэньне наўрад ці залежыць ад маючыхся ў лёгкіх зьмен, таму што апошнія ўжо страцілі цэлюлярныя і біалёгічныя ўласьцівасьці тубэркулёзу (зарубцаваньне і аб'ізьвястуленьне).

Нашы, праўда, не шматлікія назіраньні, даюць нам права дапушчаць, што хістаньне ў колькасьці ліпазы знаходзіцца ў некаторай адпаведнасьці са ступеньню алергіі да спэцыфічнага антыгену. Чым вышэй было знаходжаньне ліпазы ў крывяной сыраватцы, тым больш рэзкая была рэакцыя на Alttuberculin. Выпадкі з нязначным паніжэньнем ліпазы, ва ўсякім разе з цытрам ліпазы ніжняе мяжы нармальнага выявілі вельмі слабую рэакцыю (выключна агульная тэмпэратурная) на даволі вялікую дозу тубэркуліну ня ніжэй 5—10 млг. і станоўчую рэакцыю Піркэ на 100 проц.; выпадкі з павышаным ліпазным лікам з колькасьцю ліпазы ў верхняй мяжы нармальнага давалі ў 60 проц. рэзкую рэакцыю (мясцовая, ачаговая і агульная), на мінімальнае ўвядзеньне пад скуру (да 1 млг.) тубэркуліну і ў 40 проц. сярэдня-выражаную рэакцыю на ўвядзеньне да 5 млг. У двух выпадках з станоўчай (практычна) энэргіяй адзін адзначаны сераліпазай ў 16,0, другі— у 12,0 проц.

1) Хворы Г. 50 гадоў. Дыягноз: лейкімія з эрытрадэрміяй, 8 гадоў таму назад haemoptoe. Працяжны час быў кашаль. Пэркуторна міжла-

патачнае прытупленьне ад асьцістага адростку чацьвертага груднога нужлака ў разьмеры 10 см. па абодва бакі хрыбта. Прытупленьне ў правым лёгкім сьпераду і ззаду да трэцяга рабра, зьлева да другога рабра. Р. Р. Піркэ, Манту адмоўныя. На ўвядзеньне пад скуру тубэркуліну да 10 млг. уключна ня было ні ачаговай, ні мясцовай, ні агульнай рэакцыі. Два паўторных увядзеньні па 100 мгл. выявілі рэзкую бурную агульную рэакцыю (t^0—да 39^0) і ачаговую рэакцыю ў відзе выбуху запальнага працэсу на месцы інтрадэрмальнай рэакцыі Манту і падскурнага ўвядзеньня раней Alttuberculina. Увядзеньне ж пад скуру малака да 400 млг. ня выявіла ніякага дзеяньня. Ліпазы 16,0.

2) Хворы Ж. 28 гадоў. Спленамэгалічны цыроз печані з жаўтухай. Рэакцыя Піркэ слаба станоўчая. На ўвядзеньне пад скуру тубэркуліну да 10 млг. ня было ніякай рэакцыі. Увядзеньне-ж 100 млг. выявіла бурную агульную рэакцыю (да $39{,}4^0$—t^0) і рэзка выражаную рэакцыю на месцы рэакцыі Піркэ ў відзе белаватых велічынёй у прасянае зярно папул, разьмешчаных венчыкам навокал запальна-зоны, нават там, дзе яна была адмоўная. Паказчык сераліпазы 12,0.

У выпадках энэргіі нам ня толькі тэарэтычна, але і практычна прадстаўляецца магчымым на падставе вызначэньня колькасьці ліпазы ў тым альбо іншым выпадку вырашыць пытаньне аб характары энэргіі, станоўчай альбо адмоўнай; але ў выпадках станоўчай энэргіі, прадстаўляюцца вялікія труднасьці, калі пажадана ўстанавіць, ці ёсьць тут клінічна здаровы, вольны ад тубэркулёзу альбо—клінічны здаровы, але тубэркулёзны, блізкі да вылячэньня альбо вылячыўшыйся.

Адначасна мною рабілася вызначэньне ліпазы ў 12 хворых да дапасаваньня пад скуру ўвядзеньня тубэркуліну і на вышыні р. арганізму. Бурная рэакцыя (t^0—38^0 і больш, паяўленьне хрыпаў у лёгкіх, рэзкая ураблінурыя, становішча бяспомачнасьці, агульная разьбітасьць і г. д.) давала прыкметнае паніжэньне ліпалітычнай фунцыі сываараткі; слабая рэакцыя часам давала павышэньне ліпазы, часам той-жа ўзровень, але ніколькі не паніжала ліпазнага цытру. Чым тлумачыць? Тут напрашваецца (больш верна аналёгія) асноўны закон неспэцыфічнай тэрапіі Арнд-Шульца, згодна якога слабае раздражненьне ўзбуджае карысную дзейнасьць, раздражненьні сярэдняй моцы яе падрымліваюць, моцныя тармозяць і самыя моцныя яе зусім нішчаць. Falkuheim u Gyorgy знаходзілі, што Iin vitro тубэркулін паслабляе ліпалітычную моц сываараткі і робіць ліпазу інактыўнай. (Цыт. па Шавадзуцкаму). Нашыя нешматлікія пакуль што назіраньні не прэтэндуюць на канчатковыя вывады. Пытаньне аб паралелізьме паміж колькасьцю ліпазы ў крывяной сывааратцы алергіяй арганізму і характарам уплыву тубэркуліну in vivo на дзеяздольнасьць сываратачнай ліпазы, бязумоўна цікавы з пункту дыягностыкі і тэрапіі тубэркулёзу. Гэтае пытаньне на падставе далейшых назіраньняў будзе прадметам асобнага паведамленьня. Покуль што абмяжуемся прывядзеньнем фактычнага матар'ялу і вывадаў ліпалітычнай здольнасьці сываараткі пры розных формах tbc.

* * *

Выпадкаў са злоякаснымі новаўтварэньнямі ўнутраных органаў 16, з іх Ca страўніка—7, першасны рак печані—1, Ca кішак—2, эндатэліома плеўры—1, Ca маткі—1, саркома груднае клеткі з мэтазтозам у плеўры—1 і Ca галоўкі панкрэао—3. З іх 14 выпадкаў (больш 80%), якія выяўлялі сабой рэзка выражаную кахэксію з павышанай t^0, большай часткаю субфэбрыльная, часам тыпу інтырмітыруючага, з распа-

дам вопухавай тканіны, рэзкі ядравы здвіг улева—давалі вельмі нізкі ўзровень ліпазы, у сярэднім 8,0. Прыводзім адзіны выпадак рака страўніка, дзе ў сыраватцы выявілася 13,8 ліпазы.

Хворы Л. 27 гадоў. Хварэе 2 месяцы, калі ўпяршыню пачуў рэзкі боль у падложачнай вобласьці хутка, далучыліся ваніты. У клініцы ў хворага прашчупваўся ясна шчыльны, бугрысты вопух, які належыў да прыўратнікавай часткі страўніка. Вялікая крывасьць страўніка прашчупваецца. Левая доля печані павялічана, сьціснута, павярхоўнасьць таксама бугрыстая. У мачы рэзка выражаны урабілін. Тэмпэратура нармальная. Асаблівай ракавай кахэксыі ня было.

Тут мы маем хуткае разьвіцьё нэаплазмы, як наогул адзначаецца ў выпадках ракаў у маладым узросьце, з раньнім утварэньнем мэтастазаў да таго, каб канстатаваць у арганізьме зьявішчы рэзкага парушэньня харчаваньня і абмену матэрый.

У другім выпадку рака кішак, дзе агульнае самапачуцьцё і харчаваньне хворага мала цярпела з прычыны яшчэ нявыявіўшыхся клінічнаняўных сымптомаў звужэньня і кахэксыі, мы атрымалі ў сыраватцы 11,0 ліпазы. Ракі галоўкі Pancreas даюць таксама паніжэньне ліпазы, але параўнальна большы ўзровень, чым ракі іншых органаў, якія даюць такую самую кахэксыю (гл. главу аб сераліпазе пры захварэньні печані). Нашы даныя знаходзяцца, можна сказаць, у поўнай адпаведнасьці з данымі Ашара, Клерка, Саго Carrier, Шабунінай і Двужыльнага: нізкія ліпазныя лічбы характэрны для ўсіх тых новаўтварэньняў унутраных органаў, дзе ў клінічным малюнку выступае кахэксыя і, наадварот, няма паніжэньня пры туморах без такое. Мае сумесныя з Іргерам (клініка Рубашова, БДУ) дасьледваньні ліпазы пры раках розных галін выявілі параўнальна нармальны альбо лёгка толькі паніжаны ліпазны цытр у выпадках павольнаы вырастаючых ракаў ніжняй вусны, языка, скуры і інш., дзе ня было кахэксыі і нават мэтазпазаў у рэгіянарных залозах.

Выпадкаў з вісцэральным люэсам, дзе было зроблена дасьледваньне ліпалітычнай здольнасьці сыраваткі—8. Усюды канстатаваны ліпазныя лічбы ў межах 8,0—9,0, што пацьвярджае вывад іншых аўтараў (Baurer) аб паніжэньне ліпалітычнай функцыі пры сыфілітычнай інфэкцыі, дзе ў арганізьме ёсьць інтаксыкацыя, глыбокія марфалёгічныя парушэньні і непарадак абмену матэрый.

Факт парушэньня пры сыфілісе ліпаіднага абмену не падлягае сумненьню. Паяўленьне ў сэруме люэтыкаў ліпаідаў у іншай форме і ў большай колькасьці, чым у нармальнай сыраватцы, лічыцца ўстаноўленым (Васэрман), хаця па пытаньні аб патагенэзе лішку ліпаідаў погляды розных аўтараў яшчэ ня зыходзяцца: ні то за лік распусканьня ліпаіднай бледнай сьпірахеты, ні то за лік распаду клетак захварэўшага арганізму, прычым лічаць, што ліпаіды патрэбны бледнай сьпірахеце для харчаваньня.

Для прыкладу прыводзім адну гісторыю хваробы.

Хворы Л. 30 гадоў, інвалід працы. Прыбыў у клініку са скаргай на рэзкую агульную слабасьць, разьбітасьць, боль галавы і колікі ў канечнасьцях. Хварэе 2 гады. 10 гадоў таму назад захварэў сыфілісам і амаль зусім не лячыўся. Генэралізаванае павялічэньне ўсіх залоз ад грэцкага да ляснога арэху. Залозы пры прашчупваньні лёгка балесны. Селязёнка павялічана, прашчупваецца, выходзіць на два папярочных пальцы з-пад падрэбер'я. Рэнтген: дыфузнае пашырэньне аорты, рэтрастарнальная прастора ў частцы адпаведнай аорце рэзка зацемнена, у гілюсах залозы павялічаны. У мачы апроч урабіліну нічога паталёгічнага. Кроў: анэмія, зрух ядраў улева, лімфацытоз і манацытоз. Рэакцыі Васэрмана і Мэйнікэ рэзка станоўчыя. Тэмпэратура субфэбрыль-

ная. У сэрцы глухія таны. Р. О. Э. у адну гадзіну 40 м.м. Рэакцыя Матэфі—тры крыжы.

Пад уплывам спэцыфічнага лячэньня паступовае наступленьне палепшаньня агульнага становішча і памяншэньня залоз. Паказчык сераліпазы 9,0.

Выходзячы з літаратурных і нашых даных, было-б надзвычайна цікава высьветліць хістаньні і зьмены ліпалітычнай здольнасьці сыраваткі хворых з першымі і паўторнымі праявамі сыфілісу. Вынікі нашы разам з дактарамі скурна-вэн. клін. БДУ (Кауфман і Башкевіч) дасьледваньняў паказалі, што больш чым у 50 проц. выпадкаў заражэньня сыфілітычным вірусам, а ў пэрыядзе генэралізацыі інфэкцыі нават у 100 проц. сл. можна выявіць паніжэньне ліпазы, і што пад уплывам спэцыфічнай тэрапіі (жывое срэбра, іод, сальварсан) паступова цытр ліпазы павялічваецца.

Граф. Лукомскі падаў на X зьезьдзе тэрапэўтаў матар'ялы дасьледваньняў функцыянальнага становішча сэрцова-сасуднай сыстэмы ў 300 хворых з раньнімі сыфілітычнымі праявамі. На падставе свайго матар'ялу, аўтар прыходзіць да вываду, што глыбокі функцыянальны і анатамічны непарадак унутраных органаў, асабліва сэрцова-сасуднай сыстэмы пры позьнім сыфілісе, знаходзіцца ў простай сувязі з тымі парушэньнямі, якія ўжо выяўляюцца пры паўторных, а часам нават пры першых сыфілісах. Нашы даныя, з аднаго боку, пераконваюць нас у тым, што даволі рана люэтычны вірус і яго таксыны пачынаюць уплываць на абмен матэрый наогул і на ліпалітычную фэрмэнтацыйную функцыю крывяной сыраваткі ў прыватнасьці; з другога боку, яны сукосна служаць пацьверджаньнем гэнэтычнай сувязі косных праяў гісцэральнага люэсу з тымі парушэньнямі ў цэлым шэрагу ўнутраных органаў, якія ўжо наступаюць пры першых і паўторных праявах сыфілітычнай інфэкцыі

* * *

З захварэньняў печані і жоўчных шляхоў, выключаючы іх нэаплазм, мы тут прыводзім даныя дасьледваньня 24 хворых, з якіх сплевамэгалічных цырозаў печані (тыпу Hanot, тыпу Laenek і зьмешаная форма як бяз жаўтухі і асцыту, гэтак і з жаўтухай і асцытам)—7, тубэркулёзных гэпацытаў—5, жоўчныя камні і хранічны халецысцыт—6, катаральная жаўтуха—4, ictor gravidar—1, сальварсаная жаўтуха—1.

Табл. № 5.

№№	Дыягноз	Лік выпадкаў	Хістаньні ліп. фэрм. (мінімум—максімум)	Сярэдні ліпазны лік
1	Спленамэгалічныя цырозы печані	7	8,6—15,2	11,0
2	Тубэркулёзныя гэпацыты	5	15,8—20,0	17,8
3	Жоўчныя камні і хр. халецысцыт	6	14,6—20,2	16,2
4	ict gravidar.	1	8,2	—
5	Сальварсаная жаўтуха	1	18,0	—
6	Катаральная жаўтуха	4	13,0—21,8	16,0
	Разам	24	—	—

Як відаць з табліцы № 5 і № 3 нашы выпадкі спленамэгалічных цырозаў печані, сыстэмнага захварэньня, даўшага гепаталіенальны сындром без дакладнай (ня высьветленай) этыалёгіі давалі ў адзнаку ад нашых выпадкаў цырозаў печані на грунце люэсу і туб. гепацытаў—прэцырозаў туб. паходжаньня (Гаусман)—нязначнае паніжэньне сераліпазы, часам цытр ліпазы мяжуе з нізкім гранічным узроўнем нармальнага. Тубэркулёзныя гепацыты (і спленамэгалічныя цырозы печані тубэркулёзнага паходжаньня), жоўчныя камні і хранічны халецысцыт, а ў некаторых выпадках катаральная жаўтуха—праваджаліся нязначным павышэньнем ліпазы. У выпадках спленамэгалічных цырозаў печані ўзровень ліпазы выявіў хістаньне ў залежнасьці ад клінічнага малюнку і становішча арганізму. Так, у сыраватцы хворай В. пры павялічэньні печані, селязёнкі бяз жаўтухі, асцыту і гемалізу, але з рэзкай слабасьцю, мы атрымалі ліпазны цытр у 8,6; у выпадках-жа з жаўтухай, узровень ліпазы быў адпаведна вышэй паралельна ступені выражанасьці білірубінэміі. Пры тубэркулёзных зачатачных гепацытах і пры хранічных халецысцытах пры ня рэзка выражанай білірубінэміі (максымум 12,5 проц па Herzfeld'у) мы мелі сераліпазу ў 15,0—21,0. На нашым нешматлікім матар'яле мы не маглі выявіць дакладнай залежнасьці паміж колькасьцю сераліпазу і характарам білірубінэміі (якасн. р. на серумбілірубін па Humans vonde Berg'a): кожны з відаў жаўтух (мэханічнае і парэніматознае) можа даць аднолькава як павышэньне, так і адноснае паніжэньне ліпазы ў сыраватцы.

З прычыны таго, што гэтыя тубэркулёзныя гэпацыты, гэтак званыя зачатачныя формы, мала вядомы, лічым неабходным коратка на іх спыніцца [1]).

Пры скрытых формах тубэркулёзу ў другой стадыі па Ранкэ, калі бываюць гематогенныя заносы палачак Коха ў розныя органы, нярэдка захворвае печань доўга працякаючым індурацыйным працэсам (як у лёгкіх), часта выклікаючым рознага роду балесныя зьявішчы, часам і жаўтуху. Ад часу да часу, таксама як і тубэркулёзны працэс у грудной поласьці гэтыя, так званыя праф. Гаусманам зачатачныя гепацыты тубэркулёзнага паходжаньня, даюць абвостраньні, праходзячыя праз некаторы час. У іншых выпадках наглядаецца актываваньне працэсу, печань пачынае павялічвацца ў аб'ёме, прашчыратычны стадый пераходзіць у цыроз (гепатамэгалію) з уцягненьнем у працэс селязёнкі (спленамэгалія) альбо без такое.

Аб'ектыўна знаходзяць у гэтых хворых балеснасьць усяе вобласьці печані і некаторую яе сьціснутасьць без павялічэньня альбо пры нязначным павялічэньні. Пры пальпацыі і пэркусыі ў галіне печані рэзкая балеснасьць. Для прашчупваньня і фізычнага дасьледваньня печані неабходна карыстацца мэтадам Гаусмана [2]), дазваляючым нярэдка прашчупаць печань непавялічаную ў аб'еме. У гэтых выпадках адсутнічаюць даныя, якія дазваляюць тлумачыць гэтыя зьявішчы з боку печані, як вынік кардыяльнага застою, люэсу, малярыі, алкагалізму і інш. Пры аб'ектыўным дасьледваньні органаў грудной поласьці (гл. вышэй) выяўляецца: 1) міжлапатачнае прытупленьне, паказваючае на лімфадэніт, 2) прытупленьне надключычнай вобласьці і 3) галоўным чынам падключычнае прытупленьне. Увядзеньне пад скуру тубэркуліну выяўляе апроч мясцовай і агульнай яшчэ рэзкую ачаговую рэакцыю ў відзе

[1]) Падрабязнасьці аб гэтым захварэньні чытачы знойдуць у працах праф. Ф.О. Гаусмана (Расійская клініка за 1929 г., у Збор., прысьвечаным Глянчыкаву і Ф. Т. Яноўскаму), аўтару данага захварэньня, апісаўшага клінічны малюнак на грунце свайго шматгадовага вопыту.

[2]) Гл. яго працы: Лекавая справа, 1927 г., № 16, 1928 г. №№ 10, 11.

ўзмацненьня суб'ектыўнага болю ў галіне печані, а пры аб'ектыўным дасьледваньні—знаходзяць часам нязначнае павялічэньне печані, узмацненьне білірубінэміі, у мачы ўрабілін і ня рэдка білірубін. З усяго гэтага відаць, што тут справа не ў таксычным уплыве тубэркулёзу лёгкіх, не ў інтаксыкацыі печані, а ў гісталёгічным тубэркулёзе печані— у такой-жа фібрознай стацыянарнай форме туберкулёзу, якая ёсьць у большасьці выпадкаў скрытага тубэркулёзу лёгкіх. Хворыя паступаюць ў клініку з рознымі дыягназамі: халецысцыт, язва страўніка і 12-перснай кішкі, хранічны апэндыцыт, гастральгія і г. д. Многім ужо зрабілі апэрацыі альбо апэндыктомія альбо гастраентэрастомія і г. д.; іншыя пабывалі па некалькі разоў на курортах у групе „Мінэральныя воды". Усё бязрэзультатна. Скаргі, як і раней, самыя featнастайныя. Боль пад ложачкай, у правым падрэбер'і і ў іншых вобласьцях брушной поласьці. Болі сталыя, зьвязаныя і ня зьвязаныя з ядой (колькасьцю, якасьцю і часам прыёму). Часам болі маюць характар жоўчна-каменных прыпадкаў. Крыв я болю таксама featнастайная, чым і абумоўліваецца шматлікасьць дыягназаў у аднаго і таго самага пацыента. Сакрэцыя страўніка самая featнастайная. З другога боку, кліматычнае процітубэркулёзнае лячэньне: рыб'і тлушч, палепшанае харчаваньне і спэцыфічная тэрапія вызваляюць хворых ад іх мучэньняў.

Кажучы аб клініцы тубэркулёзных гепацытаў, Лібэрмэйстэр і інш. клініцысты не ўпамінаюць аб гэтых зачатачных формах, апісаных упяршыню праф. Гаусманам, тыя мелі на ўвазе толькі гепацыты з больш альбо менш рэзка павялічанай печанью. Гаусман апісвае гэтак зван. зачатачную форму гепацыта, отождествляючы з так зван. Гленардам—прэцырозам. У Гленарда (цыт. па Гаусману) мы сустракаем ужо намёкі на тое, што гепатызм ёсьць пачатковая стадыя цырозу і вынік інфэкцыйнага пачатку і інтаксыкацыі без паказаньняў эціалёгіі.

Чым-жа тлумачыцца павышэньне сераліпазы пры хранічных халецысцытах, у некаторых выпадках тубэркулёзных зачатачных гепацытаў, катаральнай жаўтусе, сальварсанай жаўтусе? Ёсьць паказаньні ў літаратуры, што жоўч зьмяшчае ліпазу і паступленьне ў ток крыві жоўчы сапраўды павялічвае колькасьць тлушчарасшчапляючага фэрмэнту; падругое, даўно вядомы факт і даказаны ў адносіне да тлушчавага фэрмэнту падстраўнікавай залозы, што жоўч, іменна жоўчныя кіслоты і жоўчна-кіслыя солі зьяўляюцца актыватарам ліпазы (Брюно, Бабкін, Лінтвараў, Zunz і Усаў); жоўч павялічвае павярхоўнасьць злучэньня ліпалітычнага фэрмэнту з якім-небудзь субстратам, павялічвае яго дыспэрснасьць, значыць, і здольнасьць адсарбіраваць, і такім чынам роля жоўчы зьяўляецца актывіруючай. Hers'ам [1]) аднак знойдзена, што холаты актывіруюць толькі панкрэатычную ліпазу і ня маюць уплыву на іншыя, у тым ліку пячоначную і крывяную. Тым ня менш Кесэль [2]) схільны павышэньне ліпалітычнай здольнасьці крыві пры працяжных наркозах, ускладняючыхся ў пасьлянаркозавым пэрыядзе гемалітычнай жаўтухай тлумачыць, па-першае, вымываньнем ліпазы печані, а, падругое, галоўным чынам, наліччам у большай колькасьці актыватараглікахолявай і таўрахолявой кіслот. Нарэшце, Рона і яго вучні, працуючы экспэрымэнтальна над фэрмэнтамі крыві, заўважылі, што ў сыраватцы крыві пры паражэньнях, анатамічных пашкаджэньнях і функцыянальных расстройствах таго ці іншага парэнхіматознага органу зьяўляецца ліпаза данага органу, прычым ліпазы крывяной сыраваткі і інш. органаў (печані, падстраўнікавай залозы, нырак, лёгкіх, наднырнікаў і інш.)

[1]) Jornal of biol. chem. 10.381.1911.

[2]) Журнал экспэрымэнтальнай біалёгіі і мэдыцыны 1926 г., № 5.

розна адносяцца да розных фармакалёгічных атрутах: хініну, атаксылу, какаіну, стрыхніну і інш. З наступных работ расійскіх і замежных аўтараў (Кавязін, Petow, Schreiber, Brockmeyer, Korbryner, Simon і інш.) выявілася, што мэтодыкай Rona і Michaelis, сапраўды, можна выявіць у сыраватцы крыві ліпазу розных органаў. Некаторыя аўтары рэкамэндуюць карыстацца гэтай спробай у дыфэрэнцыяльна-дыягнастычнай адносіне: так, Кавязін пацьвярджае, што пячоначная ліпаза, чулая да атаксылу і ўстойлівая да хініны, зьяўляецца ў крыві ва ўсіх тых выпадках, дзе клінічна ёсьць парушэньне функцыі печані і жоўчных шляхаў. Іншыя аўтары знаходзілі ў крывяной сыраватцы пячоначную ліпазу ня толькі пры захварэньнях печані і жоўчных шляхаў, але і пры туб. лёгкіх (Simon). Нашы дасьледваньні ліпазы ў хворых з арганічным паражэньнем печані і жоўчных шляхаў служаць прамым доказам таму, што выпадкі з жаўтухай характарызуюцца параўнальна больш высокім цытрам ліпазы. Гэта, аднак, яшчэ ў большай меры справядліва ў адносіне да тых выпадкаў, калі ў арганізьме няма таго або іншага моцнага таксыкозу, сэптызацыі, бязумоўна паслабляючых ліпалітычную функцыю. Па пытаньні аб тым, што грае пераважную ролю, ці пячоначная ліпаза, ці жоўчныя кіслоты і жоўчна-кіслыя солі, якія актывіруюць сыраватачную ліпазу, вельмі трудна рабіць дакладны вывад. Для рашэньня пытаньня неабходны паралельныя і камбінаваныя дасьледваньні ліпазы і жоўчных кіслот у крыві, у пузырнай жоўчы, таксама ліпазы розных органаў па спосабу Rona і Michaelis з адначасным правядзеньнем функцыянальна-дыягнастычных спроб печані (галактоза, левулеза, лейкавідаль і інш.).

Хранічнае захварэньне нырак дае ліпазны цытр у залежнасьці ад таго, што пераважае ў малюнку захварэньня: чыстыя нэфрозы і нэфрозонэфрыты даюць сярэдні паніжаны ўзровень яго, у той час як нэфрыт, ачаговы і дыфузны, у вострай і хранічнай формах пры нармальнай тэмпэратуры і бяз урэмічных зьявішч характарызуюцца па нашых матар'ялах, нармальнай колькасьцю сыраватачнай ліпазы. Розьніцу ў колькасьці сераліпазы (паніжэньне) пры пераважаючым клінічным малюнку нэфрозаў, напэўна трэба тлумачыць сур'ёзнымі парушэньнямі ў будаваньні калоідаў арганізму, хэмізму тканін і абмену матэрый. Пры палепшаньні становішча, зьнішчэньне ацёкаў і памяншэньне колькасьці бялка ў мачы, мы ў двух выпадках назіралі павялічэньне колькасьці ліпазы ў параўнаньні з мінулым узроўнем. Мы знаходзім паказаньні (V. Kollert), што пры нэфрозах адбываюцца рэзкія зьмены ў ліпаідным абмене ў крыві, больш чым у норме халестэрыну. Калі згадзіцца з Beumer'ом, які лічыць, што гіпэрхолестэрынэмія складаецца з клетак, якія гінуць ў выніку тых працэсаў, што ляжаць ў аснове нэфрозу, і, калі дапусьцім адначасна, што вызваліўшыйся пры распадзе клетак фэрмэнт ліпазы выклікае зьяўленьне ў крыві антыфэрмэнту—антыліпазы, то тады нам будзе зразумелым памяншэньне ліпазы ў гэтых выпадках. Данцыг знаходзіў ва ўсіх выпадках, дзе па нашых матар'ялах і па даных іншых аўтараў адзначаецца гіпаліпазія,—павышаная колькасьць ліпаідаў у сыраватцы (па спосабу Пэратца).

Наш матар'ял зьяўляецца пацьверджаньнем гэтага колькаснага антаганізму паміж ліпаідамі і ліпазай толькі адносна тых захварэньняў, дзе ў аснове парушэньня абмену матэрый, наогул, ліпаіднага ў прыватнасьці, гіпэрхалестэрынэміі ляжаць таксыкоз, інфэкцыя і распад клетак арганізму (люэс, артэрыя-склероз, нэфроз, інфэкцыйныя захварэньні і інш.). Зусім іншую адносіну мы знаходзім ва ўсіх тых выпадках, калі гіпэрхалестэрынэмія наступае ў выніку павялічанай дзейнасьці пячоначных клетак і паступленьня халестэрыну жоўчы ў кроў. У шмат-

хворых, у якіх мною вызначаўся цытр сераліпазы, адначасна д-р І. М. Лінец у нашай клініцы вызначыў халестэрын у крыві; яго даныя пры параўнаньні з нашымі данымі аб ліпазе пацьвярджаюць вышэйпаказаную абставіну.

У трох выпадках хранічнага гламэрулонэфрыту мы тры разы рабілі вызначэньне ліпазы, прычым пры ўрэмічных зьявішчах, пры якіх утвараўся exitus letalis мы атрымалі рэзка паніжаныя ліпазныя лічбы. Прыводзім дзьве гісторыі хваробы:

1) Хворая[1]) О. 27 гадоў. Сялянка. Беларуска. Прыбыла ў клініку са скаргамі на задышку, ацёкамі і галоўны боль. Хварэе тры месяцы. Cor—міакардытычнай канфігурацыі, рэзка глухія таны. У абедзьвюх ніжніх долях лёгкіх значная колькасьць застойных хрыпаў. Асцыт. Крываное даўленьне: макс.—205 мм., мінім.—130 мм. Азатэмія (192% мм. мачавіны ў крыві). Рэакцыя Матэфі—4 крыжы. Ліпаза—7—8—7. Сутачная колькасьць мачы рабілася ўсё менш і менш. Нарэшце, анурыя. На сэкцыі выяўлены гідранэфроз двухбаковы і атрофія нырак.

2) Хворая Б. 27 гадоў. Сялянка. Прыбыла ў клініку са скаргамі на ацёкі на твары, канечнасьцях, адсутнасьць апэтыту і галаўны боль. Хварэе 10 месяцаў. Cor аортальнай канфігурацыі з міакардытычным наслаеньнем. Крываное даўленьне 180—100. Азатэмія (490 % мм. мачавіны). Рэакцыя асаджэньня эрытрацытаў у 1 гадзіну—73 мм. Рэакцыя Матэфі—4 крыжы. Ліпаза—7,2—8,0.

На сэкцыі выяўлена: гнойны танзіліт, гнойны трахэобранхіт, хранічны гломэруланэфрыт і вынікі дэкампэнсацыі сэрца.

Абодва выпадкі амаль з аднолькавым клінічным малюнкам урэмічнай таксэміі далі рэзка паніжаныя ліпазныя лічбы, ня гледзячы на рознага роду паталёга-анатамічныя працэсы ў нырках: у другім выпадку хранічны гламэруланэфрыт, у першым двухбаковы гідранэфроз з паступовай атрофіяй нырак.

Сагіеге прыводзіць выпадкі урэміі з рэзка нізкімі ліпазнымі лічбамі. менш 10 (у норме 16,5).

У двух выпадках вострага піэліту мы маем паніжэньне ліпазы, прычым паралельна палепшаньню працэсу, павялічэньню ў крыві колькасьці лімфацытаў і памяншэньню зруху ўлева—цытры ліпазы паступова павышаюцца. У хворай Д. у сыраватцы мы двукратна атрымалі ліпазу 9 -10; становішча было тады цяжкае, 20 % палачкавідных, 7 % юных, аэозонафілія, лімфацытаў 16 %, пры агульнай колькасьці лейкацытаў у 14 тыс. Хворая выпісалася ў становішчы палепшаньня (адсутнасьць нэйтрафільнага зруху ўлева, нармальная колькасьць лейкацытаў, 37 % лімфацытаў і 2 % аэозонафілаў. У мачы нічога паталёгічнага). Цытр ліпазы пры выпісцы 14,0. У хворай Ж., якая цярпіць цяжкім хранічным урасэпсысам, ліпазны цытр быў працяжны час вельмі нізкі, ня вышэй 7,0. Дапасаваньне аўтанакцынатэрапіі палепшыла яе агульнае становішча і адпаведна падняўся ўзровень сераліпазы.

* * *

Функцыянальныя і арганічныя захварэньні сэрца, як у стадыі кампэнсацыі, гэтак і дэкампэнсацыі, ня выявілі прыкметных хістаньняў у колькасьці сераліпазы. У 4-х выпадках агульнага артэрыа-склерозу ва ўзросьце 60 гадоў і больш пры зьявішчах агульнай старчаскай

---

[1]) З прычыны асобнага інтарэсу выпадак гэты будзе падрабязна апісаны ас. нашай клінікі д-рам Ліпецам разам з празэктарам Паталёга-Анатамічн. Інстытуту БДУ (праф. Цытоў) д-рам Глод-Вершук; за прадстаўленьне кароткіх даных гісторыі хваробы прыношу сваю падзяку.

інвалюцыі, мы атрымалі ў сыраватцы ў адносінах ліпалітычнай фэрмэнтацыйнай функцыі сярэдняе паніжэньне. Саго ў такіх выпадках знаходзіў павышэньне.

Працяжныя, сэптычныя эндакардыты (называемыя нямецкімі аўтарамі endocarditis lenta, французамі—endocardite maligne á forme subaigne, амэрыканцамі—subacute bacterial endocarditis), якія даюць зьмены апроч клапаннага апарату сэрца ў цэлым шэрагу органаў (ныркі, печань, селязёнка і інш.), давалі сераліпазу 7—10 у залежнасьці і паралельна са ўсім клінічным малюнкам захварэньня (T°, гэмаграма, агульнае становішча і г. д.)

Праф. Гаусман строга прытрымліваецца ў сваіх лекцыях пункту погляду Schottmüller'a—аўтара паняцьця і захварэньняў Endocarditis lenta, прызнаючы за гэтакай толькі тыя формы хранічнага эндакардыту, дзе ў крыві выяўляюцца str, viridans і лічыць: 1) што аднясеньне да гэтай групы наогул усіх выпадкаў эндакардытаў з хранічным цячэньнем (Leschke) зьяўляецца скажэньнем думкі аўтара (Schottmüller'a), 2) Endocarditis lenta прадстаўляе сабой этыалёгічна, клінічна і паталёга-анатамічна асобную, нозаалёгічную адзінку. Гэтую-ж думку падкрэсьлівае і выказвае ў апошніх працах вучань школы Schottmüller'a (Гамбург, Lohman, Klin, Wochenschr. 1926 г. № 31), які лічыць устаноўленым, што малюнак Egdockarditis leuta заўсёды мае такі тыпічны выраз, што адрозьненьне яе ад іншых хранічных захварэньняў сэрцовых клапанаў магчыма ня толькі клінічна, але і перш за ўсё на падставе асобнай сымптаматалёгіі і спэцыфічнай этыалёгіі. Супярэчаньні супроць рэзкага адрозьненьня ад іншых сэрцовых захварэньняў пакояцца на адзінкавых назіраньнях, якія зусім абвяргаюцца шматлікімі дасьледваньнямі. Па Леману рэкамэндуеццца ў практыцы выставіць патрабаваньне, каб пад назваю „Endocarditis lenta“ разумеліся толькі тыя выпадкі, якія даюць тыпічны сымптомакомплекс і дзе ўстаноўлены str. viridans, як этыалёгічны момант. Ніякім чынам нельга дапусьціць, каб працяжныя выпадкі красухі с няяснай этыалёгіяй і хранічныя, гэнэтычна няясныя, эндакардыты адзначаліся прыслоўкам „lenta“, бо гэта будзе мець вынікам зьмяншэньне паняцьцяў працяжнай красухі і захварэньня сэрцовых клапанаў.

Язвы страўніка і 12 п. кішкі не даюць адхіленьняў ад нормы ў адносіне сыраватачнай ліпазы. Тры выпадкі міэлаіднай лейкеміі давалі паніжэньне ліпазы ў адпаведнасьці са ступеньню кахэксіі і агульнага становішча арганізму. Два выпадкі лімфатычнай лейкеміі ня выявілі адхіленьня ад нормы. Два выпадкі тубэркулёзнага палісэразыту і два выпадкі хранічнага сустаўнага раматусу выявілі амаль нармальную колькасьць ліпазы, і ў горшым выпадку толькі нязначнае паніжэньне. Эпідэмічны энцэфаліт у хранічнай стадыі са зьявішчамі паркінсапізму ў 11 выпадках выявіў нязначнае паніжэньне сераліпазы, што напэўне адпавядае паніжэньню абмену матэрыі, паслабленьню актыўнасьці арганізму. Ёсьць паказаньні ў літаратуры, што флегматычная і малаактыўная жывёла ўладае меншым узроўнем крывяной ліпазы і наадварот (Панчанкаў).

З захварэньняў абмену матэрый, парушэньня эндакрыннай сыстэмы і трафанэўрозаў намі прыводзіцца дасьледваньне серазіпазы ў 17 хворых, якія разьмяркоўваюцца наступным чынам: diabet melitus—3, затлусьценьне—9, morb. Basedowi—2, diabet insipidus—1 і намножаны ліпаматоз—2.

З 3 выпадкаў цукровага дыябэту—2 адзначаны з нязначным павышэньнем ліпазы, а трэці з ліпазным лікам у межах нормы. Саго пры многіх захварэньнях з парушэньнем абмену, як напрыклад, пры morb.

Basedowi і пры diabetus не знаходзіў нічога дакладнага ў адносіне ліпалітычнай функцыі сыраваткі. Слаўцоў і Carriere знаходзілі—павышэньне ліпазы. Чым тлумачыцца павышэньне ліпазы пры дыябэце? Магчыма, што зьвязана з асноўным працэсам няправільнага згараньня тлушчаў у організьме.

Ёсьць у літаратуры паказаньні, што з аднаго боку, пры цяжкіх выпадках дыябэту, як пры ракавай кахэксыі і пры цяжкім тубэркулёзе (Brieqer Trebing, Herzfeld, Fürst, Bergmann, Meyer і інш.) у крывяной сыраватцы хворых ёсьць павялічаная колькасьць антытрыпсыну, надаючы яму вялікае значэньне з клініка-дыягнастычнага боку; з другога боку—паралельна росту антытрыпсыну ўзрастае ў сыраватцы зьмест антыпалізы, дзякуючы чаму памяншаецца цытр ліпазы (цыт. па Смародзінцаву О, Posenheim, Machenzie. journal of Phys. 40. VIII 1910.

Амаль усе аўтары зыходзяцца на тым, што пры рэзка выражанай кахэксіі, калі ў арганізьме ёсьць узмоцнены распад клетак, аслабаняюцца значныя колькасьці інтрацэлюлярнага фэрмэнту, як гэта бывае пры аўталізе. Аслабанёны такім чынам інтрацэлюлярны фэрмэнт, усасваючыся, як прадукт распаду ў кроў, выклікае ў ёй зьяўленьне антыфэрмэнту. Прырода гэтых антыфэрмэнтаў, можна сказаць, таксама невядома, як прырода антыгенаў-фэрмэнтаў. Аслабанёны інтрацэлюлярны пратеалітычны фэрмэнт выклікае зьяўленьне ў крыві антытрыпсыну, ліпалітычна-антыліпазу і г. д. Спосаб вызначэньня колькасьці антытрыпсыну ў сыраватцы (Fuld und Gross) згрунтаваны на затрымліваючым уплыве прабуемай сыраваткі на пераварваньне трыпсынам раствору казэіну.

Па пытаньні аб прыродзе антытрыпсыну прысьвечана шмат работ, але да гэтага часу няма нічога дакладнага. Hedin і інш. лічылі, што антытрыпсынам зьяўляецца сыраватачны альбумін. Rosenthal, Pfeifer, Ruszuayk і інш. лічаць, што антытрыптычнае дзеяньне сыраваткі трэба прыпісаць прадуктам распаду бялка. Schwarz, Bauer, Pick, Pribram і інш. зьвязваюць антытрыптычнае дзеяньне з ліпаідамі. Iolling, Слаўцоў Peterson de Grinis індытыфіцыравалі гэтую невядомую матэрыю, называемую антытрыпсынам з мыламі ненасычаных тлушчавых кіслот. De Grinis нават выказваецца за тое, што антытрыпсын па свайму складу блізкі да халестэрыну. Сэрэйскі, Schierge прыходзяць да заключэньня, што мыла ненасычаных тлушчавых кіслот не зьяўляецца антытрыпсынам, першы з іх паказаў у сваіх вопытах, што ўплыў алеінава-кіслага натрыя прыходзіць да зьмены ўмоў асаджаемасьці бялкоў, што і павялічвае колькасьць астаўшагася азоту, дзякуючы чаму і лічыць, што антытрыптычнае дзеяньне сыраваткі зьвязана з уплывам калоідаў. Па Schierge памяншэньне затрымліваючае ўласьцівасьці сыраваткі, гэта значыць актываваньне пратэаз прыходзіць да зьмены калёідальнае роўнавагі ў сыраватцы крыві без аддаленьня з апошняй якога-небудзь асобнага антыфэрмэнту. Да апошняга погляду, да фізыка-хэмічнага погляду далучаецца Гімэрых. Знойдзена, што аддаленьне ўсіх ліпаідаў з сыраваткі крыві ня мае ўплыву на яе антытрыптычнае дзеяньне, калі толькі не мяняецца пры гэтым распускальнасьць бялкоў сыраваткі. Як-бы ні было, але амаль усе зыходзяцца на тым, што антытрыпсын калёід.

Мы з д-рам Перальманам пачалі праверку цытру антытрыпсыну ў хворых з дыябэтам, з ракавай кахэксыяй і цяжкім тубэркулёзам лёгкіх. Нашы сумесныя і ў далейшым мае ўласныя дасьледваньні на 12 хворых пацьвярджаюць рост затрымліваючага ўплыву сыраваткі кахэктычных хворых на пераварваючую здольнасьць трыпсыну ў залежнасьці ад цяжкасьці кахэксыі і агульнага клінічнага становішча.

Разам з тым, нам незразумела, чаму пры цяжкіх выпадках дыябэту мы атрымалі павышаныя ліпазныя лічбы, побач з высокім цытрам антытрыпсыну, у той час, як пры ракавай кахэксыі і пры цяжкім тубэркулёзе гэты антаганізм адзначаны амаль ва ўсіх выпадках. Прычым такога фізычна-хэмічнага становішча сыраваткі крыві дыябэтыкаў патрабуюць вывучэньня, тым больш, што біахэмія крыві цукровага мачавынурэньня ва многіх адносінах нам далёка незразумела. Магчыма, што ліпазны цытр бывае выражаны адпаведна ліпэміі, якая, як нам вядома, бывае ў тэй альбо іншай меры рэзка выражанай.

З 9-ці выпадкаў затлусьценьня на грунце трофанэўратычнага ўзварушэньня 7 адзначаны з нязначным павялічэньнем ліпазы да 22,0. Добраякасны сымэтрычны, намножаны ліпаматоз (2 выпадкі) без агульнага затлусьценьня даваў сераліпазу ў межах нормы. Па пытаньню аб сувязі колькасьці ліпазы з кармленьнем тлушчамі, палепшаным харчаваньнем і тлушчавым адкладам погляды розных аўтараў ня зыходзяцца. Па Панчанкаву кармленьне—тлушчамі не падымае паказчыка ліпазы; наадварот, ён лічыць, што ў худых, актыўных і рухлівых, мала схільных да затлусьценьня арганізмаў ліпалітычны фэрмэнт, удзельнічаючы ў раскладзе тлушчу для харчаваньня арганізму і нязначных тлушчаных запасаў самога арганізму, прымушаны для гэтага моцна актываваецца, тым і тлумачыць знаходжаньне ў такіх відаў жывёлы больш высокія паказчыкі ліпазы. Bradley паказвае, што паміж зьместам ліпазы і тлушчу ў арганізьме няма ніякага паралелізму. Павялічэньне ліпазы ў крыві ў жывёлы ў залежнасьці ад павялічэньня вагі, фізыялёгі схільны тлумачыць проста палепшаньнем харчаваньня. Тут я ня стаўлю сабе задачай вычарпаць усе тэорыі і гіпотэзы адносна затлусьценьня. Зазначу толькі адно, што вельмі значны процант затлусьценьня не ад харчу; ёсьць людзі, якія харчуюцца збытна, і тым ня менш ніколькі не таўсьцеючыя і наадварот. Да і алімэнтарнае затлусьценьне павінна ў аснове мець нейкі асобны канстытуцыянальны нахіл; заслугоўвае ўвагі затлусьценьне, як праяўленьне артрытычнай канстытуцыі, антаганістычнай астэнічнаму. У зьвязку з гэтым мы схільны лічыць,—нашы даныя ліпазы ў выпадках з затлусьценьнем—праяўленьнем канстытуцыянальнага фактару. У літаратурнай частцы гэтае працы было ўспомнена, што некаторыя знаходзяць наліччa тэй альбо іншай карэляцыі паміж марфалёгічнай пабудовай цела і фэрмэнтнымі функцыямі арганізму. Даныя дасьледваньняў Чарнаруцкага па пытаньні аб фэрмэнтных паказчыках крыві ў зьвязку з канстытуцыяй хворых такія: гіпэрстэнікі маюць больш выражаную ліпалітычную энэргію, астэнікі менш выражаную, нормастэнікі—даюць працяжную вялічыню. Такое назіраньне аўтараў, як у хворых, так і ў здаровых, падкрэсьліваючы тым самым, што з канстытуцыянальнага пункту погляду паміж фізіалёгіяй і паталёгіяй няма прынцыпіяльнае розьніцы.

* * *

Прыводзяцца даныя дасьледваньняў 36 выпадкаў сэптычных інфэкцыйных захварэньняў, якія разьмяркоўваюцца наступным чынам: пасьляродавы сэпсіс—4, Erysipel—8, чарэўны тыфус—10, Morbilli—4, грып—3, фолікулярная ангіна — 2, сэптычны паліартрыт—1, polyartr. reumatica—4, з іх акута—2. Пасьляродавы сэпсіс у нашых цяжкіх выпадках, якія скончыліся большай часткай летальна, даваў рэзкія паніжэньні ліпазы. У табліцы № 3 прыводзяцца даныя шматразовых дасьледваньняў крыві сэптычных хворых, калі тэмпэратура была інтэрмітыруючага тыпу да 40°, хутка наступіла рэзкае знурэньне. У адным выпадку

сэптычнага паліятрыту мы мелі ліпазы 7, у той час, як у 2-х выпадках раматуснага паліятрыту ў вострай стадыі захварэньня цытр ліпазы быў ня менш 10. Рожыстыя процэсы ў пачатку захварэньня давалі сярэдняе паніжэньне сераліпазы; з пачаткам паданьня тэмпэратуры і з палепшаньнем як мясцовага працэсу, гэтак і агульнага становішча, цытр ліпазы падымаецца і даволі хутка дасягае свайго нармальнага ўзроўню, калі не далучаецца ўскладненьне. У адным выпадку рожы (хворы А.) мы мелі цытр ліпазы 8,0—8,0; у далейшым, ня гледзячы на як-бы палепшаньне мясцовага працэсу, мы пры цяжкім агульным становішчы (тэмпэратура—37,3—39,8,° штодзённа поты і дрыжыкі) мелі ліпазу ня вышэй 7,0; гэта працягвалася да таго часу, пакуль пачалі зьуляцца на розных вучастках павярхоўнасьці цела піэмічныя ачагі. З пераходам сэптыцэміі ў піэмію агульнае становішча рабілася ўсё лепшым і лепшым і адпаведна гэтаму цытр сыраватачнай ліпазы пачаў паступова падымацца. Алёшын знаходзіць, што стафілакокавая інфэкцыя зьмяншае ліпалітычную моц сыраваткі, узмоцніваючы ліпалітычную здольнасьць большасьці органаў. Грынёў, Кочнява і інш. знаходзяць паніжэньне ліпалітычнай здольнасьці як сыраваткі, так і іншых органаў—пры ўсіх інфэкцыях, якія праваджаюцца павышэньнем тэмпэратуры, прычым некаторыя схільны ўгледжваць прычыну ня ў тэмпэратуры агентэ, а ў тым, што бактэрыі і іх таксыны дзейнічаюць непасрэдна на фэрмэнты зьмяшчаючыя клеткі і органы.

Нашы выпадкі чарэўнага тыфусу з дастатковай пераканальнасьцю кажуць за тое, што цячэньне гэтага захварэньня характарызуецца марудным і паступовым паданьнем ліпалітычнай здольнасьці сыраваткі да сярэдняга паляпшэньня ўзроўню з тым, што з паданьнем тэмпэратуры ліпазны цытр паступова і марудна паднімаецца. Крытычнае паданьне сераліпазы (6 і ніжэй) служыць дрэннай пранастычнай адзнакай. Прыводзім у відзе прыкладу наступны выпадак:

Хворая Г. 17 гадоў, дастаўлена ў інфэкцыйнае аддзяленьне (загадчык дацэнт д-р Маназон) у зацямнёным становішчы. Са слоў бацькоў дзяўчына хварэе 7 дзён, паступова ўзрастала слабасьць і пагоршылася становішча. Тэмпэратура 39,0—40,2° Рэзка выражана гіпэрэстазія скуры па ўсяму целу. Печань і селязёнка павялічаны і рэзка хваравіты пры пальпацыі. Дакрананьне рэзка хваравіта. У крыві лейкапэнія, адносны лімфацытоз, аэозанафілія і мацнейшы здвіг улева. Дзіазорэакцыя Эрліха станоўчая. У мачы—урабілін рэзка выражан. Паказчык ліпазы 6,6. На наступны дзень—мацнейшае кішэчнае крывацячэньне і хутка наступіўшы exitus letalis. На сэкцыі выяўлена, што ўвесь тоўсты кішэчнік да ампулы прамой кішкі і ніжні адрэзак тонкага кішэчніка густа пасеяны брушно-тыфусавымі язвамі, брушно-тыфозная язва ў гартані на і навакол зьвязак. Некалькі прабодных язв.

У апісаным выпадку мы мае цяжкую форму чарэўнага тыфусу, раньняе наступленьне бурнага малюнку з множным высыпаньнем язв з схільнасьцю да прабадзеньня, раньняе наступленьне гепаэыта (урабілін і павялічэньне печані). Згодна даных праф. Гаусмана, пацьверджаным пазьней яго вучнямі (Маназон, Васілеўскі і Луцкевіч) на вялікім інфэкцыйным матар'яле, раньняе паступленьне урабілінурыі [1]) пры чарэўным тыфусу, а таксама пры высыпным (пры чарэўным тыфусу звычайна на 13—14 дзень, пры высыпным—на 5—6 дзень) бывае пры вельмі цяжкіх выпадках.

---

[1]) Аб семіатыке урабілінурыі пры ўнутраных і хірургічных захварэньнях гл. працу Гаусмана Урачэбная справа 1926 г.

На падставе нашага матар'ялу мы схільны, выходзячы з паралелізму паміж тэмпэратурай крывой і крывой ліпазы [1]) (чым вышэй t° — тым ніжэй цытр ліпазы), у цячэньні чарэўнага тыфусу прызнаць, што як тэмпэратура, гэтак і ўзровень ліпалітычнай функцыі залежаць ад ступені інтаксыкацыі, вірулентнасьці мікроба і яго таксынаў і рэакцыі арганізму. Пры параўнаньні даных ліпазы з тэмпэратурнымі крывымі пры іншых інфэкцыйных захварэньнях, мы прыходзім да вываду, што падняцьцё цытру ліпазы часьцей усяго саўпадае па часу з паданьнем тэмпэратуры, іншы раз папярэджвае паданьню, радзей належыць другому. У хворых старчаскага ўзросту, ня гледзячы на ня высокую тэмпэратуру, мы пры ўнутраных захварэньнях мелі параўнальна нізкі цытр ліпазы.

Застановім нашу ўвагу на выніках дасьледваньня сераліпазы 27 хворых з захварэньнямі органаў дыханьня, якія разьмяркоўваюцца наступным чынам: крупозная пнэймонія да крызісу 5 вып., пасьля крызісу — 4 вып.; тубэркулёзныя серозныя пляўрыты — 9 вып., гнойныя пляўрыты—3 вып., абсцэс лёгкіх — 2 вып., гангрэна лёгкіх — 1 вып., бронха-эктазія — 1 вып. і субдыяфрагмальны абсцэс—1 выпадак. Усяго было 44 дасьледваньні. Як відаць з табліцы № 3 крупозныя пнэймоніі характарызуюцца паданьнем ліпалітычнай здольнасьці сыраваткі (у сярэднім 8—10), прычым паданьне ў большасьці выпадкаў ідзе ў паралель з клінічным цячэньнем захварэньня. У адным выпадку хворы Д. ліпазная лічба ў розныя дні дасьледваньня з інтэрваламі паміж імі бывала ўвесь час надзвычайна нізка (8—6—5), адначасова ў белай крыві выяўлен рэзкі зьдзьвіг улева да міэлацытаў уключна. Працэсам у кароткі тэрмін захоплены ўсе пяць доляй лёгкіх і хутка летальны выхад.

З паданьнем тэмпэратуры фэрмэнтатыўная дзейнасьць паступова пачынае аднаўляцца, даволі хутка даходзіць да нормы, калі не пасьпела далучыцца ўскладняючая абставіна. Толькі ў адным выпадку крупознага запаленьня лёгкіх (хворы М.) пасьля крытычнага паданьня тэмпэратуры на 9-ы дзень захварэньня нармальная тэмпэратура трымалася ўвесь час знаходжаньня ў клініцы, ускладненьняў ніякіх ня было, аднак, ліпаза не паднялася вышэй узроўня 8—9. Наступнае клінічнае нагляданьне штурхнула нас на шлях разгадкі гэтага недаўменьня. Хворы выходзіць, цярпеў уроджанай недастатковасьцю, гіпаплязыяй сэрдэчна-сасуднай сыстэмы і агульным інфантылізмам (пры 18-цігадовым узросьце адсутнасьць расьліннасьці, атрафія testis, дэфармацыя грудной клеткі, высокае цьвёрдае нёба, гіпафункцыя сэрцовай мышцы, склеразіраваныя пэрыфэрычныя сасуды, сэрца аортальнай канфігурацыі, пры адсутнасьці зьявішч з боку нырак, уроджаная вузасьць аорты і г. д.).

Гангрэна лёгкіх, абсцэс і бронхаэктазія даюць паніжаную колькасьць сыраватачнай ліпазы. У адным выпадку гангрэны лёгкіх у хворага Ш., прыбыўшага ў клініку ў вельмі цяжкім становішчы, было ліпазы ў сыраватцы 6,8—7,8; лячэньне сальварсанам дало яскравы эфэкт, хворы выпісаўся праз 2 месяцы з поўным выздараўленьнем (павялічэньне ў вазе, нармальная тэмпэратура, адсутнасьць аддзяляемага з органаў дыханьня і г. д.), ліпазная лічба пры выпісцы 13,4, прычым нарастаньне ліпазы ішло марудна і паралельна палепшаньню ўсяго клінічнага малюнку.

Тубэркулёзныя сэрозныя пляўрыты (гнойных тубэркулёзных пляўрытаў у нашай клініцы за даны пэрыяд ня было, а былі толькі стрэп-

[1]) Па тэхнічных абставінах крывыя тэмпэратур пры некаторых інф. захварэньнях ня зьмешчаны.

такок, гнойныя пляўрыты) у адзнаку ад гнойных сэптычных у агульным не даюць рэзкага паніжэньня ліпазы сыраваткі крыві, калі да таго-ж не далучаецца прагрэсыруючае цячэньне актыўнага тубэркулёзнага працэсу ў лёгкіх. Да плеўральнай пункцыі і да пасеву пунктата я аднойчы меў магчымасьць пасьля вызначэньня ліпазы трактаваць выпадак як гнойны сэптычны пляўрыт. Пры тубэркулёзных сэрозных пляўрытах ліпазныя лічбы прадстаўляюць некаторыя хістаньні ў залежнасьці ад тыпу і характару тэмпэратуры і ад працяжнасьці захварэньня; дасьледваньне ў першыя дні захварэньня выяўляе лёгка паніжаную супроць нормы ліпазную лічбу ў той час, як у нядоўгі час ліпалітычная здольнасьць сыраваткі пачынае аднаўляцца. У адным выпадку тубэркулёзнага пляўрыту наглядаўшаяся намі ўпартая гіпаліпазія побач з усім клінічным малюнкам (тэмпэратура і агульнае становішча) саўпала з далучыўшайся казіазнай пнэймоніяй. Пры гнойных пляўрытах ліпаза ўпарта трымаецца на нізкім узроўні; паступова ў зьвязку з агульным зморам адпаведна ўсяму малюнку, узровень ліпазы зусім памяншаецца, пасьвядчаючы аб дрэнным прагнозу.

* * *

Як разнастойны паталёгічныя працэсы, пры якіх ліпалітычная фэрмэнтацыйная функцыя бывае аслабонена. Але пры ўсіх гэтых працэсах можна вынесьці за дужку адзін асноўны фактар, які выклікае парушэньне нармальнага жыцьця тканінных клетак і сокаў і ўтвараючыхся ў іх фэрмэнтацыйных працэсаў—таксэмія, сэптызацыя і г. д.

Будучы чулым паказчыкам функцыяльнага стану арганізму, ліпалітычная фэрмэнтацыйная функцыя сыраваткі паслабляецца, калі арганізм той ці іншай хваравітай прычынай вывядзен з становішча роўнавагі і ізноў аднаўляецца, калі мы маем restitutio ad integrum. Павышэньне ліпазы мы выявілі: а) пры некаторых формах тубэркулёзу лёгкіх, калі пры функцыянальных растройствах паасобных органаў арганізм у цэлым знаходзіцца ў становішчы больш-менш устойлівай кампэнсацыі, б) пры некаторых захварэньнях печані, працякаючых з білірубінэміяй з паступленьнем жоўчы ў кроў і ліпазы розных органаў і в) у выпадках з затлусьценьнем. Павялічэньне пры кампэнсыраваных формах тубэркулёзу нельга разглядаць, як „мэтазгодную гіпэрпрадукцыю“, а як вынік паступленьня ў ток крыві ліпазы розных органаў.

* * *

З фізыка-хэмічных адхіленьняў ад нормы ў крывяной сыраватцы пры розных захварэньнях для параўнальнай ацэнкі з·данымі ліпазы, мы ў данай працы застановімся на інстабільнасьці глобулінавай фракцыі ў крывяной сыраватцы.

Пры рознастайных паталёгічных працэсах, пад уплывам таго ці іншага парушэньня хэмізму ўсяго арганізму вытвараюцца зьмены ня толькі ў колькасьці сыраватачнага бялка, але і зьмене дыспэрнага становішча паасобных бялковых фракцый.

У крывяной сыраватцы знаходзяцца, як вядома, альбуміны, высокадыспэрныя калёіды, стабільныя і глабуліны, нізка-дыспэрныя, лабільныя ў строга вызначанай адносіне. Пры некаторых патолёгічных працэсах, якія праваджаюцца распадам тканін, калі клетачныя глабуліны пападаюць у крывяны сьцёк, нармальная адносіна альмумінаў да глабумінаў зьмяняецца ў бок пераважаньня глабілінавай фракцыі. Апошняя, адрозьніваясь найбольш грубай дыспэрнасьцю, можа быць лёгка

адкрыта ў крывяной сыраватцы; дзякуючы асобным рэакцыям яна лёгка і хутка, у залежнасьці ад колькаснага зьмяшчэньня, выяўляецца. Такім чынам, рэакцыя на інстабільнасьць глабулінаў зьяўляецца па сутнасьці індыкатарам на дэструктыўнасьць, паказчыкам распаду тканін клетак.

Парушэньню нармальнае адносіны альбумінаў і глабулінаў у крывяной сыраватцы прыпісваюць зьмены шэрагу такіх уласьцівасьцяй, якія маюць асобнае вялікае значэньне для ўсяго арганізму, як-та: скручанасьць крыві, рэзістэнтнасьць эрытрацытаў, зьявішча ізо-і аўтагемауглюцынацыі, здольнасьці бялькоў крыві і тканіны зьвязваць ваду і г. д.

Сярод усіх рэакцый, прапанаваных для вызначэньня інстабільнасьці глабулінаў resp. фізыка-хэмічнага парушэньня калёідаў крывянай сыраваткі,—мы ў данай працы датычымся рэакцыі асаджэньня эрытрацытаў і рэакцыі Matéfy.

Фэнамэн асаджэньня эрытрацытаў, якія знаходзяцца ў становішчы суспензіі ў крывяной плазьме, згрунтован на даных калёіднай хэміі і электрафізыкі. Формула stokes для хуткасьці асаджэньня ўзважаных часьцін ў любой фізычнай суспэнзіі, дзе $V = \frac{2}{9} g. \frac{D-d}{n} r^2$ [1]) няўжываема ў адносіне да эрытрацытаў крыві жывёлы, як у фізыалёгічных, гэтак і паталёгічных умовах. Згодна цэлага шэрагу экспэрымэнтальных работ Fahraeus, Linzenmeir, Kürten, Mond і інш.) асаджэньне эрытрацытаў залежыць не ад вагі ўзважаных часьцін акружаючай жыжкі і каэфіцыенту цярця, а ад зьмены ў фізыка-хэмічнай структуры крывяной плазмы, і ў першую чаргу яе бялковай фракцыі. Глабуліны сыраваткі, заражоныя электрастаноўча, адсорбіруюцца эрытрацытамі, заражочымі электра-адмоўна; у выніку гэтай адсорбцыі выходзіць перазарадка эрытрацытаў—зьмена знаку іх электрычнага патэнцыалу. З другога боку кроў, зьмешчаная ў шкляную трубку, дазнае на сабе цэлы шэраг складаных электрычных уплываў, узьнікаючых у ёй, і ва ўсякай іншай жыжкі, пастаўленай ў гэткія-ж ўмовы на межы сьценкі капіляра і крыві ўзьнікае гельмгольцаўскі патэнцыял, унутры самой крыві ўзьнікае патэнцыял Нэрнста і Strömungspotential Freundlicha. У выніку ўсіх гэтых патэнцыалаў і перазарадкі эрытрацытаў і дзякуючы паглынаньню імі глабулінаў, выходзіць аднолькавы электрычны зарад як саміх эрытрацытаў, так і акружаючай іх жыжкі, зьнішчаецца рознасьць патэнцыалаў і зьнішчаецца адштурхваючая сіла саміх эрытрацытаў. Эрытрацыты, павінуючыся выключна сіле цяжкасьці, падаюць, асядаюць на дно. Пераменнай вялічынёй, ад якой залежыць тое ці іншае асаданьне эрытрацытаў, зьяўляецца ступень паглынаньня эрытрацытамі глабулінаў, вярней, разьмер колькаснага зьмяшчэньня апошніх у крывяной сыраватцы. Такім чынам, рэакцыя асаджэньня эрытрацытаў у сутнасьці адбівае малюнак дыспэрнасьці бялковага крывянога спэктра—ступень зьмены бялковай роўнавагі плазмы.

Пры вызначэньні хуткасьці асяданьня эрытрацытаў, кроў бралася нашча з вены, адначасова ўзялася кроў для вызначэньня ліпазы, рэакцыя ставілася пры хатняй тэмпэратуры, хуткасьць О.Э. вызначалася на працягу 10 хвілін, 20 хв., 30, 60 хв., 2-х гадзін, 24 г.; для параўнальнай характарыстыкі з сераліпазай бярэм асяданьне за 1 гадзіну. Усяго выпадкаў, дзе праароблена РОЭ з адначасовым дасьледваньнем

[1]) V—хуткасьць асаджэньня, g—паскарэньне, Д—спэцыфічная вага ўзважаных часьцін, d—спэцыфічная вага акружаючай жыжкі, n—каэфіцыент унутранага цярця, r—радыус часьціны.

ліпалітычнай функцыі сыраваткі—91. Асяданьне да 8 мм. у 1 гадз. лічыцца нармальным, ад 8—15 мм.—малым паскораньнем, ад 15—30 мм. сярэднім, ад 30—40—вышэй сярэдняга, ад 40—60—выражаным, і вышэй 50—надта рэзка выражаным паскораньнем. Па колькасьці ліпазы выпадкі разьбіваюцца на 5 груп. (Табл. № 6).

Табліца № 6.

Паказчык сераліпазы і рэакцыя асаджэньня эрытрацытаў.

Колькасьць ліпазы	Лік выпадкаў	З іх асаджэньне эрытрацытаў за 1 г. (выпадкі)					
		Да 8 мм.	8—15 мм.	15—30 мм.	30—40 мм.	40—50 мм.	і вышэй 50 мм.
да 6.0	5	—	—	—	—	2	3
6,1—8,9 . . .	15	—	—	1	1	2	11
9,0—12,9 . . .	39	4	3	15	5	4	8
13,0—15,0 . . .	19	8	7	4	—	—	—
вышэй 15,0 . .	13	4	4	5	—	—	—
Усяго . .	91	16	14	25	6	8	22

Па табліцы № 6 мы бачым, што паміж ліпалітычнай здольнасьцю сыраваткі і асаджэньнем эрытрацытаў існуе некаторы паралелізм.

З 5 выпадкаў з ліпазай да 6 тры выпадкі далі вельмі рэзка выражанае і два выпадкі—выражанае паскарэньне. Гэта былі цяжкія, прагнастычна няспрыяючыя выпадкі. З 15 выпадкаў з ліпазай да 8,9—11 выпадкаў (больш 70%) давалі вельмі рэзка выражанае паскарэньне і ніводнага выпадку з нармальным і малым паскарэньнем. Сюды ўваходзіць менш цяжкі выпадак з прагнозам няпэўным.

З 39 выпадкаў з ліпазай 9,0—12,9 (нязначнае і сярэдняе паніжэньне) найбольшую групу (60 проц.) складаюць выпадкі з малым і сярэднім паскораньнем эрытрацытаў, астатнія 40 проц. падаюць як на нармальнае, гэтак і на паталёгічнае асаджэньне эрытрацытаў. У гэтую групу ўваходзяць выпадкі вострых інфэкцыйных захварэньняў, розныя запальныя працэсы, субкампэнсыраваны працэс лёгкіх, захварэньне печані з жаўтухай і інш. З 32-х выпадкаў з нармальным і лёгка павышаным ліпазным цытрам няма ніводнага выпадку з выражаным паскораньнем.

З 36 выпадкаў з асаджэньнем эрытрацытаў у 30 мм. і больш у час няма ніводнага выпадку з нармальнай ліпазнай лічбай; з 25 выпадкаў з сярэднім паскораньнем О.Э. найбольшую групу (60 проц.) складаюць выпадкі з ліпазнай лічбай 9,0—12,0—сярэдняе паніжэньне; астатнія выпадкі гэтай-жа групы маюць ліпазныя лічбы ў межах нормы; з 30 выпадкаў з нармальным і малым паскораньнем няма ніводнага з нізкімі ліпазнымі лічбамі, 50 проц. выпадкаў гэтай ґрупы характэрны нармальнымі ліпазнымі лічбамі, 25 проц.—даюць сярэдняе паніжэньне і астатнія 25 проц.—нязначнае павышэньне.

Такім чынам, мы бачым, што рэзка паслабленай ліпалітычнай дзейнасьці адпавядае адначасна рэзка паталёгічнае паскарэньне О. Э.; сярэдняму паніжэньню адпавядае сярэдняе паскарэньне О. Э.; пры нармальных-жа ліпазных лічбах могуць быць аднолькава нармальнае, малое і сярэдняе, але ні ў якім разе ня будзе рэзка выражанага паскарэньня. Карацей кажучы, у цяжкіх і ў сярэдніх па цяжкасьці выпадках паміж ліпалітычнай фэрмэнтацыйнай дзейнасьцю сывараткі і фэномэнам асаджэньня эрытрацытаў ёсьць поўная адпаведнасьць. Гэты вывад на падставе нашага матар'ялу можа служыць сукосна пацьверджаньнем вываду Маral'я, суцьвярджаючага на падставе сваіх назіраньняў, што ў дыягностыцы тубэркулёзу і іншых захварэньняў можа іграць ролю, галоўным чынам, паталёгічнае паскарэньне О. Э. У лёгкіх жа, выпадках, прагнастычна вельмі спрыяючых, пры ўстоўлівым нармальным і пры больш альбо менш прагрэсуючым да нормы ліпазным цытры могуць быць у адносіне рэакцыі О.Э. усялякія адхіленьні ад нормы.

Гэтая абставіна кажа за тое, што вызначэньне ліпалітычнага фэрмэнту сывараткі дае нам пры ўсіх паталёгічных умовах лепшы крытэрый, чым Р. О. Э. Апошнія працы, прысьвечаныя Р. О. Э., у значнай меры абмяжоўваюць ролю гэтага фэрмэнту; дзякуючы большай колькасьці выключэньняў і адхіленьняў, гэтая рэакцыя па даных цэлага шэрагу аўтараў пазбаўляецца ў значнай меры ня толькі дыягнастычнага, але і прагнастычнага значэньня, як пры тубэркулёзе лёгкіх, гэтак і пры іншых захварэньнях. У Шэвадзуцкага, які займаўся ўстанаўленьнем паралелізму паміж ліпазай Р. О. Э. у тубэркулёзных хворых мы знаходзім вывад, што паміж ім няма ніякага паралелізму. Мы схільны тлумачыць яго ітогі тэй абствінай, што ў яго матар'ялах пераважалі тыя формы тубэркулёзу, якія і ў нашым матар'яле выявілі значны процант разыходжаньня паміж гэтымі двума клінічнымі спробамі. Другім фактарам разыходжаньня на нашым матар'яле адзначаюцца захварэньні печані з жаўтухай і вострыя інфэкцыйныя захварэньні ў пэрыядзе выздараўленьня. Выпадкі з жаўтухай давалі нармальныя лёгка павышаныя і нават паніж ныя ліпазныя лічбы, у той час, як Р. О. Э. і ў апошнім выпадку заставалася затрыманым (напэўна дзякуючы дзеяньню халестэрыну, жоўчы і інш. фактараў). Пры інфэкцыйных захварэньнях у пэрыядзе выздараўленьня мы доўгі час мелі паталёгічнае паскарэньне эрытрацытаў, у той час, як цытр ліпазы ўжо дасягаў нармальных лічбаў. У двух выпадках скрытага тубэркулёзу пры ўпырскваньні пад скуру 0,2 млг. і 1 млг. тубэркуліну, даўшага спэцыфічную рэакцыю арганізму (Т.—37,0°, лёгкае недамаганьне і г. д.), мы атрымалі паскарэньне О. Э., у той час, як цытр ліпазы павысіўся на 20 проц. папярэдняга. Калі ў некаторых выпадках наяўнага, адкрытага і актыўнага тубэркулёзу лёгкіх, характэрных нармальнымі ліпазнымі лічбамі, асаджэньне эрытрацытаў пры выключэньні іншых фактараў, маючых уплыў на яго, больш надзейнага ў сэнсе дыягнастычным, чым становішча ліпалітычнай дзеяздольнасьці, то ў сэнсе прагнастычным роля першага, бязумоўна, абмежавана ў адносіне да апошняй. Але, калі прыняць пад увагу вывады шматлікіх аўтараў (Tegtmeir'a, Krimpnaff'a і інш.), што нармальнае асаджэньне эрытрацытаў не выключае і актыўнага тубэркулёзу, то роля гэтай рэакцыі будзе і пры тубэркулёзе лёгкіх зусім абмежавана.

Ва ўсякім разе, нашы назіраньні дазваляюць нам зрабіць наступныя вывады: пры паталёгічных становішчах (рэзка выражаных) паміж ліпалітычнай фэрмэнтацыйнай функцыяй крывяной сывараткі і фэнамэнаў асаджэньня эрытрацытаў ёсьць поўны паралелізм; у іншых-жа выпадках, ня гледзячы на часам значны процант адхіленьняў, у боль-

шасьці выпадкаў адно вызначэньне можа служыць каштоўным дапаўненьнем другому для найбольш поўнай і правільнай характарыстыкі арганічнага паражэньня сіл захварэўшага арганізму, што надзвычайна важна ў клінічнай абстаноўцы.

* * *

Сярод цэлага шэрагу чыста хэмічных калёідных рэакцый, прапанаваных для нагляднага прадстаўленьня аб колькасным пераважаньні глабулінаў у крывяной сыраватцы (Daranyi, Mündel, Sachs і Klopstock, Matéfy і інш.), мы намецілі для параўнальнай характарыстыкі з сераліпазай р. Matéfy. Усе гэтыя р. р. па сутнасьці аднолькавыя, адрозьніваюцца адна ад другой толькі рэактывамі (сьпірытус, сернакіслы амоні, хлёрысты кальцы, лецытын, серна-кіслы алюміні і г.д.) і згрунтаваны на тым прынцыпе, што ўсе груба дыспэрныя калёідныя сыстэмы, якія адрозьніваюцца вялікай інстабільнасьцю, схільны пад уплывам рэактываў выпасьці ў відзе клочч аў з раствору.

Matéfy запрапанаваў сваю рэакцыю ў 1923 годзе для вызначэньня актыўнасьці захварэньняў, праваджаючыхся развалам тканін (тубэркулёз, сыфіліс і рак). У далейшым рэакцыя гэта была праверана цэлым шэрагам аўтараў (Krömcke, Beckmann, Абраменка, Кашэнка, Бабаеў, Саломін, і інш.) як пры лёгачным тубэркулёзе, гэтак і пры іншых захварэньнях. Большасьць з іх паказвае на тое, што яна (рэакцыя) прыгодна для вучоту актыўнасьці працэсу, ня служачы аднак мэтам дыягностыкі. Кашэнка і ў меншай меры Саломін знаходзяць, што паміж рэакцыяй асаджэньня эрытрацытаў і рэакцыяй Матэфі ёсьць да вядомай меры паралелізм, выяўляючыся асабліва яскрава ў цяжкіх выпадках.

Тэхніка рэакцыі вельмі простая. Зранку нашча бяруць з вены кроў. Да 0,2 см.^{3} сыраваткі дадаюць 1 см.^{3} $1/2$ проц. раствору сернакіслага алюмінія, рыхтуемага кожны раз з асноўнага 0,5 проц. раствору. Мешаніну ў Відалеўскай прабірцы моцна ўзбалтваюць і потым пры хатняй тэмпэратуры няўзброеным вокам наглядаюць за хуткасьцю зьяўленьня клочч аў (муць ня ўлічваецца). Хуткасьць зьяўленьня клочч аў залежыць ад колькасьці глабулінаў у крывяной сыраватцы. Пры зьяўленьні клочч аў на працягу першай чвэрці гадзіны рэакцыя адзначаецца ++++ (4 крыжы), на працягу другой чвэрці гадзіны—3 крыжы, другой паловы гадзіны—2 крыжы, ад 1 гадзіны да 1½ гадзін—1 крыж, пазьней $1^1/_2$ гадзін—рэакцыя лічыцца адмоўнай.

Табліца № 7.

Сераліпаза і рэакцыя Матэфі (парал. дасьледваньні).

Колькасьць ліпазы	Лік выпад.	З іх рэакцыя Матэфі (выпадкі) ++++	+++	++	+	—
Да 6.0	19	11	8	—	—	—
6,1—8,9	48	24	18	6	—	—
9—12,9	80	16	28	29	1	6
13,0—15,0	46	4	7	12	6	17
вышэй 15,0	48	6	11	11	7	13
Усяго	241	61	72	58	14	36

Усяго ёсьць у нас 241 паралельных дасьледваньні сыраватачнай ліпазы і рэакцыі Матэфі.

Пераважаючай у першых двух групах ліпазных лічбаў да 8,9 зьяўляецца рэакцыя Матэфі ў 4 і 3 крыжы, прычым у 1-й групе (ліпазы да шасьці) адносна пераважае рэакцыя ў 4 крыжы. Гэта кажа за тое, што ў цяжкіх выпадках з дрэнным прагнозам і з вялізарным дэструкцыйным працэсам у арганізьме мы знаходзім у пераважным ліку выпадкаў адпаведнасьці паміж дзейнасьцю сыраватачнай ліпазы і ступеньню выражанасьці р. Matèfy. Сярод выпадкаў з ліпазнай лічбай 9,1—12,9 (нязначнае і сярэдняе паніжэньне) пераважаюць р. у 3 і 2 крыжы, ёсьць адмоўны вынік і нават рэзка выражаная рэакцыя (4 крыжы). Тут адпаведнасьць мы канстатуем у меншай меры. З 46 выпадкаў з нармальным ліпазным лікам мы толькі ў 17 маем адмоўны выраз р. Матэфі, у астатнім бывае рознай ступені ад 1 да 4 крыжаў. Гэтыя 17 выпадкаў супадзеньняў датычаць клінічна і практычна здаровых студэнтаў. Іншыя хворыя (хранічны апэндыцыт, скрытая форма тубэркулёзу і інш.) пры нармальным ліпазным цытру давалі р. Матэфі ў рознай ступені выразу. Тут абсалютна няма ніякага паралелізму. Такая-ж суадносіна прыблізна ёсьць у выпадках з ліпазай вышэй нормы.

З другога боку, пры ўважлівым вывучэньні табл. № 7 лёгка ўстанавіць, што ў напрамку ад 4-х крыжаў да 1-га ў адносіне выразу р. Матэфі прагрэсыўна падае частата і ступень гіпаліпазыі: выпадак з р. Matêfy ў 4 крыжы ёсьць паніжэньне сераліпазы ў 84 проц., у 3 крыжы—75 проц., 2 крыжы—58 проц., 1 крыж—1 выпадак, хаця ў астатніх вып. могуць быць нармальныя і нават павышаныя лічбы. Аналёгічна, выпадкі з адмоўнай р. Матэфі маюць нармальныя паніжаныя і павышаныя ліпазныя лічбы. Адсюль можна зрабіць вывад, што чым цяжэй працэс, тым часьцей ёсьць паралелізм паміж гэтымі двума біалёгічнымі спробамі.

Параўнальна невялікі процант выпадкаў з рэзкім паніжэньнем ліпазы, ня даўшых станоўчай рэакцыі Матэфі і з нармальнымі ліпазнымі лічбамі пры адначасна рэзка станоўчым выпадзе клотчасьці, але паміж гэтымі крайнімі палажэньнямі мы канстатуем пры розных паталёгічных становішчах, а часам нават у клінічна здаровых нямала разыходжаньняў: па-першае, у выпадках з нармальнай і лёгка павышанай ліпазнай лічбай бывае адносна вялікі процант з сярэдня выражанай р. Matèfy; па-другое, пры сярэдніх паніжэньнях ліпазы і нават яе нармальнай велічыні мы даволі часта выяўляем выпаданьне клотчасьці у 15,30 хвілін, у 3-х—праўда, не шматлікіх выпадках, мы выявілі адмоўную р. Matèfy, у той час, як ліпазныя лічбы былі палепшаны.

Калі ў шмат выпадках на падставе вывучэньня нашага матар'ялу, выходзячы з вучоту становішча імуна-біалёгічнай сіл і абмену матэрый у арганізьме нам лёгка сабе ўявіць да некаторай меры прычыны здаючагася разыходжаньня, то ў іншых—нельга ня прымаць пад увагу тых выпадковых фактараў суб'ектыўнага і аб'ектыўнага характару, якія ўласьцівы р. Matéfy.

У некаторых выпадках разыходжаньне паміж ступеньню ліпалітычнай здольнасьці сыраваткі і характарам выпаданьня р. Matéfy нам прадстаўляецца магчымым дапусьціць тую стадыю змаганьня арганізму з інфэкцыяй з карысьцю для яго, без таго, каб адбілася на абмене матэрыі і ходзе фэрмэнтацыйных працэсаў, ня гледзячы на маючыйся ў арганізьме распад (клетак), тканін, таксынаў і г. д., але гэтае тлумачэньне не падыходзіць да многіх выпадкаў неадпаведнасьці.

У агульным нашы вывады зусім супадаюць з вывадамі Kremerá, дасьледваўшага ў сыраватцы тубэркулёзных і іншых хворых, таксама

і ў здаровых рэакцыю Daranyi аднача̀сна і паралельна з колькасьцю сераліпазы.

Аўтар прыходзіць да вываду, што сыраваткі тубэркулёзных і іншых хворых, а таксама здаровых рэагуе на рэакцыю Daranyi станоўча. У выпадках з рэзка выражанай рэакцыяй Daranyi бываюць розныя колькасьці ліпазы. У гэтым выпадку з паменшанай колькасьцю ліпазы маюць няспрыяючы прагноз.

Пры параўнальнай ацэнцы рэакцыі О. Э. і рэакцыі Matéfy мы знаходзім, што першая зьяўляецца пераважным і інгрэдыентам клінічнага дасьледваньня, што таксама пацьвярджаецца данымі нашага параўнальнага аналізу абодвых памянёных рэакцый у адносіне да ліпалітычнай здольнасьці сыраваткі.

Калі рэакцыя Matéfy, як (нават у большай меры) асаджэньня эрытрацытаў, дапамагаюць нам устанавіць наліччa ў арганізьме дэструкцыйнага працэсу, запаленьня, таксыкозу і наогул парушэньня нармальнага жыцьця клетак і становішча калёідаў, то яны яшчэ ня кажуць нам аб этапах, фазах змаганьня арганізму, з унядрыўшымся шкодным пачаткам, у які бок і на чыю карысьць ідзе змаганьне; гэтыя рэакцыі нам нічога ня кажуць аб так зван. „абароных бар'ерах", і аб усім іншым, што ўваходзіць у разуменьне „суадносіны сіл". У гэтай адносіне вызначэньне ліпалітычнага фэрмэнту сыраваткі ў крыві прадстаўляе для клінікі надзвычайна каштоўны крытэры.

* * *

Паралельных дасьледваньняў гемаграмы па Шылінгу і сыраватачнай ліпазы прадстаўляе 185[1]) і [2]). Параўнальная характарыстыка ў данай працы прыводзіцца ў адносіне ядравага зруху нэйтрафілаў улева, абсалютнага ліку лімфацытаў, манацытаў і каэфіцыенту разьмеркаваньня лейкацытаў, выражанага ў абсалютных лічбах.

Лічым неабходным падкрэсьліць, што ў Расіі праф. *Гаусман* быў другім пасьля *Магата*, распрацаваўшым пытаньне зруху ўлева нэйтрафілаў і першым, які карыстаўся спрошчаным спосабам Шылінгу, паказваючы на яго вялікае значэньне. З пытаньнем аб значэньні вывучэньня марфалёгіі крыві і нэйтрафільнага зруху ўлева пры цынзе ён выступіў на Ўсерасійскім Зьезьдзе тэрапэўтаў у 1916 г., дзе, нажаль, дакладчык не атрымаў належнае падтрымкі. На падставе адсутнасьці зруху ўлева праф. *Гаусман* выказаўся супроць інфэкцыйнай тэорыі цынгі і прыйшоў да вываду, што напэўна прычыну трэба шукаць у авітамінозе на грунце невыстарчальнага харчаваньня (якаснага і колькаснага).

Разгледзім паралелізм паміж колькасьцю сераліпазы і ступеньню ядравага зруху ўлева нэйтрафільных лейкацытаў. У нармальнай крыві мы знаходзім 67 проц. нэйтрафілаў, з іх да 4% несэгмэнтаваных (палачкаядравых); нармальны каэфіцыент зруху па Holzerschiling'у раўны 4 : 63—61=0,06—0,1. Павялічэньне ліку палачкаядравых і зьяўленьне юных формаў да міалацытаў уключна, павялічвае гэты каэфіцыент і адзначае зрух улева. Для параўнальнай ацэнкі ступені зруху з колькасьцю сераліпазы мы карысталіся разьбіўкай Holzer—Schilling'a (цыт. па Бланку. Казань) на 4 ступені: нармальная адносіна = 0,06 — 0,1;

[1]) Сюды не ўваходзяць лейкамічныя выпадкі.

[2]) Аб малюнку крыві пры розных захварэньнях (на падставе 700 выпадкаў) вышла з нашай клінікі праца д-ра Хургіна, М. І. (прынята да друку рэдак. Урачэбнай газэты. Ленінград).

зрух І-й ступені — 0,11 — 0,25, зрух ІІ-й ступені — 0,26 — 0,4, ІІІ-й ступені—вышэй 0,4. Па колькасьці ліпазы выпадкі разьбіты на 5 груп (табліца № 8).

Табліца № 8.

Колькасьць ліпазы	Паралельныя даныя сераліпазы і ядравага нэйтрафільнага зруху ўлева				
	Лік выпадкаў	З іх (выпадкі)			
		Нармальны зрух	Зрух 1-й ст.	Зрух 2-й ст.	Зрух 3-й ст.
Да 6,0	16	—	3	4	9
6,1—8,9	37	5	15	11	6
9,0—12,9	65	17	27	14	7
13,0—15,0	31	16	9	3	3
вышэй 15,0	36	28	8	—	—
Разам	185	66	62	32	25

З 16-ці выпадкаў з рэзкім паніжэньнем ліпазы да 6,0 мы ў 56 проц. маем зрух ІІІ-й ступені, у 25 проц. выпадкаў—зрух ІІ-й ступені і ў 19 проц. выпадкаў зрух І-й ступені, ніводнага выпадку з нармальным каэфіцыентам зруху. З 37 выпадкаў з паніжэньнем ліпазы да 8,9 мы маем зрух ІІІ-й ступені ў 17 проц., зрух ІІ-й ступені ў 30 проц., зрух І-й ступені ў 40 проц. і нармальны каэфіцыент зруху ў 13 проц. выпадкаў. З 65 выпадкаў з нязначным паніжэньнем ліпазы мы маем зрух 3-й ступені ў 11 проц. выпадкаў, зрух 2-й ступені ў 21 проц. вып., зрух 1-й ступені—42 проц. і нармальны каэфіцыент зруху ў 26 проц. выпадкаў. У выпадках з нармальным ліпазным лікам на зрух 2-й ступені і 3-й ступені выпадае 18 проц. выпадкаў, на зрух 1-й ступені—30 проц., і нармальны каэфіцыент зруху—52 проц. У выпадках з павышэньнем ліпазы мы 80 проц. маем нармальны каэфіцыент зруху і ў 20 проц. выпадкаў зрух 1-й ступені і ніводнага выпадку са зрухам старэйшых ступеняй.

І вось, гэтыя даныя даюць нам падставу заключыць: чым ніжэй ліпазныя лічбы, тым больш часта бывае больш рэзка выражаны зрух улева.

З другога боку—з 25 выпадкаў са зрухам 3-й ступені ў 90 проц. ёсьць паніжэньне ліпазы, прычым адносна пераважаюць выпадкі з ліпазай да 6,0; з 32 выпадкаў са зрухам 2-й ступені толькі ў 10 проц. сустракаюцца нармальныя ліпазныя лічбы, у астатнім адносна пераважаюць у гэтай групе ліпазныя лічбы 8,12; з 66 выпадкаў з нармальным каэфіцыентам зруху—у 60—70 проц. ліпаза ў межах нормы і ніводнага выпадку з рэзкім паніжэньнем ліпазы. І тут мы натыкаемся на той факт, што чым больш часта і больш рэзка выражаны зрух улева, тым часьцей і мацней бывае паслабленьне ліпалітычнай функцыі крывяной сыраваткі. Карацей кажучы, паміж ядравым зрухам нейтрафілаў улева па Шылінгу і колькасьцю ліпазы ў крывяной сыраватцы ёсьць паралелізм: рэзкаму зруху адпавядае рэзкае паніжэньне ліпазы. Некаторая неадпаведнасьць, як у выпадках з сярэднім паніжэньнем ліпазы і са зрухам 1-й ступені, дзе бываюць адхіленьні ў той або іншы бок ад намечанага паралелізму, мы схільны тлумачыць часам разыходжаньнем паміж малюнкам крыві і клінічным малюнкам, больш верна, данымі абмену матэрыі ў арганізьме. Так, а) пры некаторых захва-

рэньнях у стадыі выздараўленьня ліпалітычны фэрмэнт пачынае ўжо падымацца ў сіле ў той час, як зрух улева яшчэ некаторы час на адным і тым самым узроўні, б) пры іншых становішчах—пры функцыянальных непарадках унутраных органаў, галоўным чынам, печані, мы выявілі ў сыраватцы больш ліпазы за лік ліпазы гэтых самых органаў, у той час, як зрух улева быў больш альбо менш выражаны. Выпадкаў такіх разыходжаньняў, як відаць з табліцы № 8, нямнога, прычым кожны з іх пры дакладным вывучэньні хворага і клінічнай ацэнцы яго становішча, абаронных сіл, абмену матэрый і г. д., мае сваё рэальнае тлумачэньне.

Мы паставілі перад сабой задачу прасачыць на нашым матар'яле сувязь паміж колькасьцю ліпазы ў сыраватцы і колькасьцю лімфацытаў у сваіх абсалютных лічбах (гл. табліцу № 9).

Беглы аналіз выяўляе нам наступнае: а) выпадкі з рэзка нізкімі ліпазнымі лічбамі (з няспрыяючым прагнозам) маюць пераважна (75 проц.) абсалютную лімфапэнію, у астатнім ня вышэй нармальнай лічбы лімфацытаў; б) сярод астатніх выпадкаў з паніжанай колькасьцю ліпазы (ад 6,1 да 12,9) побач з абсалютнай лімфапэніяй (22 проц.) мы сустракаем у 35 проц. норму і ў 44 проц.—абсалютны лімфацытоз; в) сярод выпадкаў з нармальнай і павышанай колькасьцю ліпазы побач з нармальным лікам лімфацытаў і абсалютным лімфацытозам (у агульным 83 проц.) мы ў 17 проц. выпадкаў маем абсалютную лімфапэнію; г) выпадкі з абсалютным лімфацытозам маюць аднолькава высокія, нармальныя і паніжаныя колькасьці ліпазы і ніводнага выпадку з ліпазай ніжэй 6; д) выпадкі з абсалютнай лімфапэніяй даюць у 47 проц. рэзкае памяншэньне, у 25 проц. сярэдняе памяншэньне і толькі ў 28 проц.—нармальную колькасьць ліпазаў і ніводнага выпадку з павышэньнем такое; е) у выпадках з нармальнай колькасьцю лімфацытаў мы ў 50 проц. маем нармальную колькасьць ліпазы і ў 50 проц.—паніжаную. Пры распрацоўцы матар'ялу па гісторыях хвароб лёгка было ўстанавіць, што паралелізм ёсьць выключна ў цяжкіх выпадках, працякаўшых з абсалютнай лімфапэніяй і адначасным рэзкім паніжэньнем ліпазы, прагнастычна няспрыяючых, як: вострых інфэкцыйных, сэптычных, кахэктычных і іншых становішчах з рэзка выражанай таксэміяй, бактэрцэміяй і г. д.

Табліца № 9.

Паралельныя даныя ліпазы і абсалютнага ліку лімфацытаў.

Колькасьць ліпазы	Лік выпадкаў	З іх абсалютны лік лімфацытаў [1])					
		ніжэй 0,5	0,5—0,84	0,85—1,2	1,21—1,6	1,6—2,0	звыш. 2-х
Да 6,0 . . .	16	6	6	4	—	—	—
6,0—8,9 .	37	2	9	10	7	4	5
9,0—12,9 .	65	2	9	25	17	5	7
13,0—15,0 .	31	—	5	13	9	3	1
вышэй 15,0 .	36	—	8	14	6	7	1
Разам . .	185	10	37	66	39	19	14

[1]) Абсалютная колькасьць лімфацытаў выражана суадносінай—лічбай, атрыманай ад дзяленьня агульнае колькасьці лімфацытаў на 1600 (норма): да 0,84 лічыцца лімфапэнія, да 0,85 да 1,2—норма, вышэй 1,2—лімфацытоз.

Пры супастаўленьні даных ліпазных лічбаў з колькасьцю манацытаў лёгка заключыць, што паміж імі няма ніякага паралелізму (гл. табліцу № 10).

Мы прабавалі прасачыць залежнасьць паміж данымі нашых ліпазных лічбаў і становішчам крыватворных сыстэм, міэлаіднай і лімфаіднай, пры розных паталёгічных становішчах, карыстаючыся каэфіцыентам разьмеркаваньня лейкацытаў, гэт. зван. Leukocyten verteilungsquotient, больш правільна, нэйтралімфацытарным паказчыкам. Табліца № 11 выражае нам суадносіну паміж колькасьцю ліпазы і гэтым лейкацытарным паказчыкам, выражаным у абсалютных лічбах.

Табліца № 10.

Паралельныя даныя сераліпазы і абсалютнай колькасьці манацытаў

Колькасьць ліпазы	Лік выпадкаў	З іх абсалютны лік манацытаў (выпадкі)		
		Норма	Больш нормы	Менш нормы
Да 8,9	53	23	9	21
9,0—12,9	65	26	14	25
13,0—15,0	31	14	13	4
вышэй 15,0	36	15	5	16
Разам	185	78	41	66

Табліца № 11.

Даныя сераліпазы і нэйтралімфацытарнага паказчыка ў абсалютных лічбах

Колькасьць ліпазы	Лік выпадкаў	З іх нэйтралімфацытарны паказчык (выпадкі)		
		Роўна 1	Менш 1	Больш 1
Да 6,0	16	1	3	12
6,1— 8,9	37	2	12	23
9,0—12,9	65	9	28	28
13,0—15,0	31	10	19	2
вышэй 15,0	36	10	20	6
Разам	185	32	82	71

Выходзячы з абсалютных лічбаў нэйтрафілаў і лімфацытаў—лейкацытарны паказчык выражаецца ў відзе дробі, дзе лічнік павінен паказваць адносіну колькасьці нэйтрафілаў данага выпадку да нармальнай

колькасьці нэйтрафілаў, а назоўнік—тыя-ж самыя адносіны лімфацытаў. У норме, значыць, нэйтралімфацытарны паказчык будзе роўны $\frac{1}{1}$ раўняецца 1; пры адхіленьнях ад нормы паказчык бывае больш альбо менш 1 у залежнасьці ад таго, як зьмяняюцца абодва члены гэтае суадносіны. У адносіне лейкацытарнага паказчыка, выражанага ў абсалютных лічбах, нашы вынікі разьбіты на 3 групы (больш, менш і раўно 1), і кожная з іх на 5 груп, адпаведна колькасьці ліпазы (табліца № 11). У групу з паказчыкам больш 1 увайшлі тыя выпадкі, дзе мы маем: 1) нармальную і павышанную колькасьць нэйтрафілаў пры паніжэньні абсалютнага ліку лімфацытаў, павышаную колькасьць нэйтрафілаў пры нармальным ліку лімфацытаў, 3) павышаную абсалютную колькасьць нэйтрафілаў і лімфацытаў, але першая ў большай меры, чым другая, і 4) паніжэньне абсалютнай колькасьці нэйтрафілаў і лімфацытаў, але другіх у большай меры, чым першых—карацей кажучы, выпадкі з адносным пераважаньнем у крыві форменных элемэнтаў міэлоіднай сыстэмы, усёроўна, ці будзе гэта раздражэньне, ці прыгнечаньне тэй альбо іншай сыстэмы. У групу з лейкацытарным паказчыкам менш 1 увайшлі: 1) нармальная абсалютная колькасьць нэйтрафілаў пры павышаным ліку лімфацытаў, 2) паніжаны лік нэйтрафілаў пры нармальнай колькасьці лімфацытаў, 3) павышэньне тых і іншых, але другіх адносна больш, чым першых, і 4) паніжэньне тых і другіх, але першых адносна больш другіх, карацей кажучы—выпадкі з адносным пераважаньнем у крыві форменных элемэнтаў лімфаіднай сыстэмы.

У выпадках з колькасьцю ліпазы да 6,0—у 75 проц. паказчык больш 1; па меры павышэньня колькасьці ліпазы лік выпадкаў з паказчыкам больш 1 памяншаецца і, наадварот, адносна павялічваецца лік выпадкаў з паказчыкам менш 1. У групе з сярэднім паніжэньнем ліпазы ў аднолькавай меры бывае больш і менш адзінкі (па 28 выпадкаў з 65). З 67 выпадкаў з нармальнымі і лёгка павышанымі лічбамі мы маем у 8 вып. (11 проц.) паказчык больш адзінкі, прычым у гэтай групе адносна пераважае паказчык менш 1, г. зн. маем пераважаньне форм элемэнтаў лімфаіднай сыстэмы. З 71 вып. з паказчыкамі больш 1—63 (88 проц.) падаюць на выпадкі з паніжэньнем ліпазы. З 32 выпадкаў з паказчыкам раўным адзінцы мы толькі ў трох выпадках маем рэзкае паніжэньне (да 8,9) і ў дзевяці—паніжаную колькасьць (19,0—12,9) ліпазы. Першыя тры—былі выпадкі, калі клінічна было наяўна, што тут маюць месца прыгнечаньне абодвых крыватворных сыстэм. З 82 выпадкаў з паказчыкамі менш 1, г. зн. з пераважаньнем форм, элемэнтаў лімфаіднай сыстэмы—43 выпадкі (больш 50 проц.) мелі паніжэньне ліпазы, прычым рэзкае паніжэньне ў 15 выпадках.

Гэтыя ўсе даныя выяўляюць наступнае: 1) у цяжкіх выпадках, якія працякалі з лейкацытозам за лік нэйтрафілаў з абсалютнай лімфапэніяй, іменна, пераважаньня форм элемэнтаў міэлоіднай сыстэмы, мы маем паніжэньне ліпазы; для нармальных і павышаных ліпазных лічбаў зьяўляецца неабходным альбо ўмова нармальнага становішча крыватворных сыстэм, альбо пераважаньне форм элемэнтаў лімфаіднай сыстэмы, г. зн. паказчык менш 1; 2) пры пераважаньні-ж форм элемэнтаў лімфаіднай сыстэмы, аднак, не заўсёды бываюць нармальныя даныя ліпазы, а больш чым у 50 проц. нашых выпадкаў адзначана паніжэньне.

І вось, мы бачым, што паміж колькасьцю ліпазы і нэйтралімфацытарным паказчыкам, выражаным у абсалютных лічбах, законамернасьць; іменна, памяншэньне ліпазы пры пераважаньні форм элемэнтаў міэлаіднай сыстэмы і павялічэньне—пры пераважаньні форменных элемэнтаў

лімфаіднай сыстэмы ўстаноўлена, але ня ў поўнай меры. Парушэньне гэтай законамернасьці складае большая група з сярэднім і нязначным паніжэньнем ліпазы, куды ўваходзяць выпадкі са старымі цыратычнымі працэсамі ў печані, вісцэральны люэс, артэрыясклярозі г. д. становішча, якія пры паніжэньні абмену матэрый і наогул актыўнасьці характарызуюцца лімфаманацытозам пры адсутнасьці прыкметна выражанага ядравага зруху ўлева.

Усё гэта пацьвярджае правільнасьць нашых вынікаў і вывадаў пры супастаўленьні ліпазных лічбаў з абсалютным лікам лімфацытаў. Не заўсёды лімфацытоз зьяўляецца паказчыкам спрыючага становішча арганізму і прадпасылкай для нармальнай фэрмэнтацыйнай ліпалітычнай функцыі крывяной сыраваткі.

Шэвадзуцкі паміж ліпазай і лімфацытамі крыві ў проц. не знаходзіў ніякага паралелізму, Бугаева ў 41 выпадку знаходзіла паралелізм у зьмесьце ліпазы і колькасьці лімфацытаў для хворых з нармальнай канстытуцыяй у 58 проц. выпадкаў, а для хворых з паталёгічнай толькі ў 20 проц. Згодна з Бугаевай мы схільны прычыну такога разыходжаньня шукаць пры тым альбо іншым паталёгічным выпадку ў пабудаваньні саміх лейкацытаў і ў першую чаргу лімфацытаў. Пры паталёгічных канстытуцыях (астэнія і інш.) побач з малавартасьцю ўсіх органаў і тканін існуе і малавартасьць лейкацытаў. Хранічны лімфацытоз—адзнака няправільнай канстытуцыі і паталёгічнага становішча арганізму. Бязумоўна, гэты фактар наўрад ці вычэрпвае ўсё і наўрад ці магчыма ім вытлумачыць усе выпадкі складанай праблемы крыватварэньня ў узаемаадносінах з абменам матэрый. У прыватнасьці магу паказаць таксама на іншы фактар—лік вялікіх з азурафільнай зярністасьцю лімфацытаў і малых, пазбаўленых памянёнай зярністасьці. Нашы 18 выпадкаў, дзе рабіўся падлік вялікіх і малых лімфацытаў, служаць гэтаму доказам, бо ў іх мы мелі такое становішча, што, ня гледзячы на абсалютны лімфацытоз, пры нязначнай колькасьці вялікіх лімфацытаў мы атрымалі паніжэньне ліпазы. Бязумоўна, нашы нешматлікія выпадкі ня могуць прэтэндаваць на канчатковыя вывады, але лічым неабходным падкрэсьліць, што ў клініцы розных захварэньняў падлік асобна вялікіх і малых лімфацытаў мае вялізарнае біалёгічнае значэньне.

У заключэньне мы можам сказаць, што вызначэньне ліпалітычнага фэрмэнту крывяной сыраваткі падобна да вывучэньня марфалёгічнага малюнку крыві і ў большай меры, чым розныя неспэцыфічныя рэакцыі, адчыняе перад намі магчымасьць дыягнастычнай ацэнкі становішча крывятворных тканін, рэакцыі арганізму на шкодныя пачаткі, і асабліва прагнастычнай ацэнкі становішча і разьвіцьця абаронных сіл арганізму ў справе барацьбы і яго вызваленьня ад хваравітых уплываў

ВЫВАДЫ.

На падставе сваіх матар'ялаў мы дазволім сабе зрабіць наступныя вывады:

1) Хістаньне ліпалітычнага фэрмэнту крывяной сыраваткі зьяўляецца чулым паказчыкам функцыянальнага становішча арганізму.

2) Ліпалітычная функцыя сыраваткі, як вельмі чулая рэакцыя арганізму і як такая ідучая часам попераду іншых клінічных сымптомаў, дае нам уяўленьне аб становішчы змаганьня арганізму з інфэкцыяй і шкодным пачаткам.

3) Паказваючы на становішча арганізму і працэсы, што ў ім праходзяць, вызначэньне ліпалітычнага фэрмэнту дае нам магчымасьць

судзіць аб сапраўднасьці і каштоўнасьці таго альбо іншага мэтаду лячэньня.

4) Скрытыя анаускультацыйныя формы другой стадыі па Ранкэ тубэркулёзу характарызуюцца нармальным, часам лёгка павышаным ліпазным цытрам крывяной сыраваткі.

5) Наяўныя і адкрытыя тубэркулёзныя працэсы ў лёгкіх характарызуюцца рознымі ліпазнымі лічбамі адпаведна ступені кампэнсацыі: пры дэкампэнсаваных формах—нізкія, субкампэнсаваных—паніжаныя, кампэнсаваных — нармальныя, часам нязначна павышаныя ліпазныя лічбы.

6) Паніжэньне сераліпазы назіраецца ня толькі пры цяжкіх захварэньнях, як: сэпсіс, тубэркулёз, сыфіліс, рак, але і пры іншых у залежнасьці ад ступені інтаксыкацыі, сэптызацыі, налічча абаронных сіл, харчаваньня, арганізму, клетачна-тканіннага распаду і г. д. (нэфроз, урэмія, цырозы печані, інфэкцыйныя хваробы, артэрыясклероз і інш.

7) Хутка наступаючае і прагрэсуючае паніжэньне сераліпазы пры тым або іншым захварэньні (тубэркулёз, інфэкцыя і інш.)—кажуць аб кепскім прагнозе; павольнае паніжэньне да пэўнага цытру і хутка наступаючае паступовае павышэньне сьведчаць аб спрыяючым працяканьні інфэкцыйнага захварэньня. Гэта надае асобную вартасьць сыстэматычнаму шматразоваму дасьледваньню сераліпазы ў клініцы інфэкцыйных захварэньняў і наогул пры таксэміях.

8) У некаторых выпадках паказчык сераліпазы побач з іншымі клінічнымі сымптомамі апроч прагнастычнага можа мець і дыфэрэнцыяльна-дыягнастычнае значэньне (пляўрыты, паліяртрыты, ускладненьні лёгкіх і інш.).

9) Павышэньне ліпазы ў крывяной сыраватцы пры тубэркулёзе лёгкіх трэба аднесьці за лік ліпазы розных органаў, пераважна печані; для растлумачэньня павышэньня ліпазы пры захварэньнях печані і жоўчных шляхоў, праваджаючыхся жаўтухай (ці ліпазай печані або актываваньне ліпазы крывяной сыраваткі), патрабуецца далейшае і больш дакладнае дасьледваньне ў тым ці іншым выпадку захварэньня.

10) Паміж колькасьцю сыраватачнае ліпазы, як і неспэцыфічнымі калёідными рэакцыямі, асаджэньнем эрытрацытаў і рэакц. Matéfy, ёсьць паралелізм толькі ў злоякасна працякаючых і да некаторай меры ў сярэдніх па цяжкасьці выпадках, прычым з першай у большай меры як з другой.

11) Рэакцыя асаджэньня эрытрацытаў і рэакцыя Matefy, якія ўстанаўляюць у арганізьме клетачна-тканінны распад, дэструктыўнасьць, нічога ня кажуць нам аб фазах барацьбы арганізму з мікробам і яго таксынам.

12) З двух памянёных на інстабльнасьць глабулінаў рэакцый (О. Э. і рэакцыя Matefy) найбольш каштоўнай у клінічным ужытку зьяўляецца рэакцыя асаджэньня эр.

13) Вызначэньне сераліпазы ў дапаўненьне да іншых неспэцыфічных рэакцый, асабліва О. Э. можа служыць у клініцы розных захварэньняў каштоўнай дыягнастычнай адзнакай, якая дае найбольш вернае прадстаўленьне аб характары, форме і працяканьні працэсу. Асаблівую паслугу могуць прынесьці гэтыя дзьве біалёгічныя спробы ў суме ў клініцы тубэркулёзу лёгкіх.

14) Паміж колькасьцю сераліпазы і ступеньню ядравага зруху нэйтрафілаў улева па Шылінгу ёсьць пэўная законамернасьць: рэзкаму зруху ўлева адпавядае рэзкае паніжэньне ліпазы і наадварот.

15) Паміж паказчыкамі сераліпазы і абсалютным лікам лімфацытаў ёсьць паралелізм толькі ў востра працякаючых інфэкцыйных і сэп-

тычных захварэньнях, праваджаючыхся адначасна лімфапэніяй і рэзкім паніжэньнем ліпазы. З павялічэньнем абсалютнага ліку лімфацыту пры гэтых-жа захварэньнях адпаведна павышаецца цытр ліпазы. У астатнім паралелізм не назіраецца: выпадкі з абсалютным лімфацытозам могуць мець у аднолькавай меры паніжэньне, норму і павышэньне ліпазы.

16) Паміж паказчыкам сыраватачнай ліпазы і абсалютным лікам манацытаў няма ніякага паралелізму.

17) Паміж колькасьцю ліпазы і лікам вялікіх з азурафільнай зярністасьцю лімфацытаў ёсьць паралелізм, што аднак патрабуе дадатковай праверкі на большым клінічным матар'яле.

18) Пры вострых інфэкцыйных захварэньнях крывая сыраватачнага ліпазнага цытру ў агульным адпавядае тэмпэратурнай: чым вышэй t°, тым ніжэй узровень ліпазы.

19) Вызначэньне ліпалітычнага фэрмэнту ў крыві альбо яе сыраватцы павінна стаць неабходным інгрэдыентам клінічнага дасьледваньня хворых.

У заключэньне прыношу я падзяку свайму глыбока паважанаму клінічнаму настаўніку прафэсару Ф. О. Гаусману за кіраваньне і ўсім супрацоўнікам нашай клінікі за садзейнічаньне пры выкананьні гэтае працы.

Табліца № 3.

Даныя ліпалітычнага фэрмэнту крывяной сыраваткі пры розных захварэньнях.

№№	ДЫЯГНАЗЫ	Лік выпадк.	Колькасныя даныя аб ліпазе
1	(Скрытая форма 2-й стадыі па Ранкэ)	21	16,0—19,0 (7 вып.) 13,0—15,0 (14 вып.)
2	Наяўны і адкрыты лёгачны тубэркулёз	33	
	з іх:		
	у ст. дэкампэнсацыі . . .	11	2,6→8,0 (11 вып.)
	у ст. субкампэнсацыі . . .	14	8,0—12,0 (14 вып.)
	у ст. кампэнсацыі . . .	8	12,0; 13,0; 14,0; 14.8; 16.2; 17,3; 20,0
3	Злаякасныя новаўтварэн. унутр. орг.	16	12,8; 13,8; 7,0—11,0 (14 вып.)
4	Вісцэральны люэс	8	7,0—11,3 (8 вып.)
5	Спленамэгалічныя цырозы печані .	7	15,2; 8.6—12,6 (6 вып.)
6	Тубэркулёзныя гепацыты . . .	5	16,0—20,0 (5 вып.)
7	Жоўчныя камні і хр. халецысцыт .	6	20,2; 18,4; 16,0; 15,0; 14,5; 14,0
8	Ict. gravidar.	1	8,2
9	Сальварсан. жаўтуха . . .	1	18.0
10	Катаральн. жаўтуха	4	21,8; 17,5; 15,0; 13,0
11	Хранічн. гланэруланэфрыт бяз урэм. зьявішч	4	15,0; 13,6; 14,2; 12,0
	з зьявішчамі урэміі . . .	3	8,0; 8,0; 7,0
12	Двухбаков. гідранэфрыт. атрафія нырак. Анурыя	1	7,0
13	Нэфроз-нэфрыт	5	10,6; 10,2; 9,8; 9,0; 9,0
14	Нэфрыт	3	15,2; 13,0; 12,8
15	Востры піэліт	2	10,0; 9,0
16	Хранічны піэліт	2	12,0; 7,0
17	Артэрыаскляроз агульн. . . .	4	10,0; 9,8; 8,8; 8,0
18	Працяж. сэптыч. эндакар. . .	3	10,0; 8,8; 7,0
19	Парок сэрца кампэнс. . . .	6	16,0; 15,0—13,0 (5 вып.)
20	Парок сэрца дэкампэнс. . . .	10	16,0; 12,0; 12,0; 15,0—13,0 (7 вып.)
21	Міэлоідн лейкамія . . .	3	12,8; 11,0; 8,6

Табліца № 3 (працяг).

№ №	ДЫЯГНАЗЫ	Лік выпадк.	Колькасныя даныя аб ліпазе
22	Лімфатычная лейкамія . . .	2	16,0; 14,0
23	Язва страўніка і 12 п. к. . . .	15	18,0; 18,0; 10,0; 15,0—13,0 (11 вып.)
24	Эпід. энцыфаліт у храніч. форме .	11	13,0; 13,0; 13,0; 9,7—12,6 (8 вып.)
25	Туб. палісэразіт	2	15,0; 13,0
26	Базэдава хвароба	2	18,0; 17,0
27	Diabet melitus	3	18,0; 16,0; 14,4
28	Diabet insipid.	1	11,0
29	Затлусьценьне	9	22,0—17,5 (7 вып.); 15,0; 15,0
30	Намнож. ліпаматоз	2	15,0; 14,0
31	Востры суст. раматус . . .	2	10,0; 9,4
32	Храніч. „ „ . . .	2	14,0; 14,0
33	Сэпсыс (пасьлярадовы) . . .	4	8,0; 5,0; 4,5; 4,0
34	Сэптыч. паліартрыт	1	7,0
35	Erysipel.	8	12,0—7,0 (8 вып.)
36	T. abdomial.	10	14,0; 12,8; 12,8; 12,0—6,6 (7 вып.)
37	Morbilli	4	13,5; 13,0; 12,5; 11,0
38	Грып	3	13,7; 10,2; 10,2
39	Фолікул. ангіна	2	11,1; 9,9
40	Туб. сэр. пляўрыт	9	17,0; 17,0; 17,0; 15,0—13,0 (5 вып.) 9,0
41	Гнойны (стр.) пляўрыт . . .	3	8,0; 8,0; 4,0
42	Крупозная пнэймонія да крызісу .	5	9,4; 9,4; 8,0; 8,0; 6,2
43	Крупозная пнэймонія пасьля крызісу	4	16,0; 14,0; 12,0; 7,0
44	Бронхаактыаз	2	10,5; 9,8
45	Гангрэна лёгкіх	1	8,8
46	Абсцэс лёгкіх	2	10,0; 8,8
47	Субдыафрагм абсцэс . . .	1	7,4
	Разам . .	258	

ПАКАЗЧЫК ЛІТАРАТУРЫ.

1. *Oppenheimer.* Die Fermente und ihre wirkungen. 1928 г., т. I.
2. *И. А. Смородинцев.* Ферменты растительного и животного царства. Москва, 1920 г., часть I и II.
3. *Его-же.* Введение в биологическую химию. 1925 г.
4. *Willstätter.* Zeit. f. fhys. chem. Bd. 125, 129, 132, 133, 138.
5. *Его-же.* Ber. d. d. chem. Gesellsch. 1926 г., 59. Перевод — Успехи экспериментальной биологии 1926 г, т. V, вып. I.
6. *Словцов и Чернышевич.* Русский физиологич. журнал. 1918 г. т. I.
7. *Simon K. W.* 1926. 52. 2443.
8. *Бантин.* Врачебное дело. 1927 г. № 1.
9. *Монойлов и Рубель.* Журнал для усов. врачей. Ленинград, 1927 г. 57—63.
10. *Kremer.* Zeit f. tbc. 1923. Bd 38, Heft 6.
11. *Битн-Шляхто.* К учению о липазе. Дис. 1924 г.
12. *Двужильный.* К вопросу о серолипазе. Дис. 1905 г.
13. *Писнячевский.* Ферменты крови при туберкулезе в связи с питанием и лечением. Дис. 1914 г.
14. *Алешин.* К вопросу о ферм. функциях органов и сыв. инфиц. животных. Дис. 1911 г.
15. *Caro.* Zs Klin Med. цыт. у Oppenheimer'a. Стр. 492.
16. *Bauer.* Wien. Klin. Wochenschrift. 25. 1376. 1912.
17. *Гринев.* Архив биологических наук. 17. 195. 1912.
18. *Sieber.* Biochem. Zeitschrift. 32. 168. 1911.
19. *Carriere.* Var. de Lipase. Soc. biol. 51. 989. (1899) цит. у Oppenheimer'a.
20. *Дитрих и Головачева.* Реферативный медицинский журнал. Москва. 1921 г., т. I, № 8—9.
21. *Н. Н. Кольцов.* Успехи экспериментальной биологии. 1922 г. т. I, вып. 3—4.
22. *Соловцева.* Врачебное дело. 1922 г. № 16-12 и Русск. врач 16, 1917 г.
23. *Босин.* Клиническая медицина. 1928 г., т. VI, № 5.
24. *Ф. К. Кесель.* Журнал экспериментальной биологии и медицины. 1926 г. № 5.
25. *Korbryner.* D. A. f. Klin. Med. 1927 г. Bd 153, ст. 353, № 5—6.
26. *Spartmann.* Dermatologische Zeitschrift. B. XX.
27. *Demutz.* Biochem. Zeitschrift. 144.
28. *Панченков.* Врачебное дело. 1927 г. № 21.
29. *Кочнева.* Архив биологических наук. 1914 г.
30. *Гуревич и Зильберман.* Венерология и Дерматология. 1927 г. № 8.
31. *Черноруцкий и др.* Терап. Архив. 1927 г., вып. V, т. V. 444.
32. Проф. *Настюков.* Біохимическая теория туберкулезного иммунитета. Москва, 1926 г.
33. *Knaffl und Lenty.* Arch. f. exp. Pathol. und Pharm. Bd 97, 1923.

34. *Виноградав.* Бакинский медицинский журнал. 1927 г. № 2.
35. *Шевадзуцкий.* Вопросы туберкулеза. 1927 г. № 8.
36. *Штейншнайдер.* Врачебное дело. 1924 г. № 6.
37. *Любарский, Живаго и Коржинская.* Журнал экспериментальной биологии и медицины. 1925 г. № 1.
38. *Ковязин.* Казань, мед. журнал. 1926 г. № 10.
39. *Кашенко.* Врачебное дело. 1927 г. № 5.
40. *Соломин.* Бел. мед. думка. 1928 г. № 3.
41. *Бах и Зубкова.* Успехи экспериментальной биологии. 1922 г., т. I, вып. 1—2.
42. *Falkenheim und György.* Цит. у Oppenheimer'а.
43. *Kafka.* Berlin, 1922 г. Bestimmung der fettspal. nach R. и M. und Antitrypsinnachweis nach Fund und Gross.
44. *Волянский.* Врачебная газета. 1927 г. № 5.
45. *Розенфельд.* Врачебная газета. 1927 г. № 3.
46. *Кричевский и Финкельштейн.* Вопросы туберкулеза. 1927 г. № 8.
47. *Гаусман.* Врачебное дело. 1928 г. № № 10—11.
48. *Чебоксаров и Малкин.* Каз. Мед. жур. 1927 г. № 3. 284—291.
49. *Гаусман.* Тер. архив. 1928 г., т. VI, вып. V.
50. *Ройзман и Гурфинкель.* Вопросы туберкулеза. 1927 г.
51. *Шилинг.* Картина крови и ее клинич. значение.
52. *Lohmann.* Kl. Wochem. 1926 г. № 31.
53. *Гаусман.* Врачебное дело. 1926 г. № № 10—13.
54. *Бабкин.* Внешная секреция пищеварительных желез. ГИЗ. 1927 г. стр. 456.
55. *Брюно.* Архив биол. наук. 7. 134 (1899).
56. *Сейрейский.* Журнал эксп. биол. и мед. 1926 г. № 3.
57. *Гиммерих.* Журнал эксп. биол. и мед. 1928 г. № 28.
58. *Бугаева.* Вопросы хирург. туб. 1925 г. сборник.
59. *Bergel.* Berlin. 1921. Die Limphocytose.
60. *Bauer.* Вопросы туберкулеза. 1923 г., № 2, т. I.
61. *Марутаев.* Состояние ферментатив. функц. при брюшном тифе дис. 1912 г.
62. *Аксянцев.* Каз. Мед. журн. 1927 г. № 9.
63 *Данциг.* Труды Госуд. Инст. Мед. зн. 1928 г., вып. II.
64. *Гаусман.* K. W. 1925 г. D. A. f. Kl. Med. 1925 г.
65. *Буйневич.* Клин. лекции. Ковно, 1924 г. Вып. I. О нефрите и отеке.

L'index de lipase du serum sanguin dans diverses maladies internes et infectueuses, et son parallélisme avec la réaction de précipitation des érythrocytes, la réaction de Matéfy et l'image du sang blanc.

Dr. J. E. Chapiro.

(Travail de la 2-e Clinique Thérapeutique de l'Université d'Etat de Russie Blanche (Minsk).

(D*irecteur: Prof. Th. O. Haussmann*).

A part les données bibliographiques, l'auteur expose les résultats de ses recherches personnelles relatives à la fonction fermentative lipolytique du serum sanguin chez 258 malades atteints d'affections variées. La séro-lipase était déterminée d'après la méthode d' Hanriot, basée sur le titrage par l'alcali, la phénolphtaléine servant d'indicateur, des acides gras formés à la suite de la décomposition de la monobutyrine par la lipase du serum examiné. En même temps, l'auteur rapporte les données des déterminations parallèles de la réaction de précipitation des érythrocytes (91 cas), de la réaction de Matéfy (245 cas) et des éléments figurés du sang blanc (lymphocytes et dégré d'écart nucléaire des neutrophiles à gauche (181 cas).

Se basant sur ses investigations personnelles, l'auteur tire les conclusions suivantes:

I. Les oscillations du ferment lipolytique du serum sanguin se révèlent comme indice sensible de l'état fonctionnel de l'organisme.

II. La fonction lipolytique du serum, étant une réaction très sensible et comme telle dévançant parfois les autres symptômes cliniques, nous donne une représentation de l'etat de lutte de l'organisme avec l'agent infectieux et nocif.

III. La détermination du ferment lipolytique, montrant l'état de l'organisme et les processus qui s'y passent, donne la possibilité de juger de l'efficacité et de valeur de telle ou autre méthode de traitement.

IV. Les formes latentes anauscultatatives de la tuberculose (Rancke) se caractérisent par un titre normal, parfois légèrement élevé, de lipase du serum sanguin.

V. Les processus tuberculeux pulmonaires manifestes et ouverts sont caractérisés par des index lipolytiques du serum sanguin correspondants au dégré de compensation: dans les formes décompensées—ils sont bas, dans les formes subcompensées—abaissés, dans les formes compensées—normaux, parfois légèrement élevés.

VI. L'abaissement de la séro-lipase s'observe non seulement dans les affections graves, comme la septicémie, la tuberculose, la syphilis, le cancer, mais aussi dans d'autres affections, en rapport avec le dégré d'intoxication, de septisation, de présence des forces défensives, d'alimentation de l'organisme, de désagrégation cellulaire et tissulaire, etc (néphrose urémie, cirrhoses hépatiques infectieuses, artériosclérose, etc).

VII. L'abaissement de la lipase survenant rapidement et progressivement, observé dans telle ou telle affection (la tuberculose, l'infection, etc) dénote un mauvais pronostic, l'abaissement lent jusqu'à un certain titre et l'augmentation progressive qui lui succède bientôt témoigne de l'évolution favorable de la maladie infectueuse. Ceci donne une valeur particulière aux recherches systématiques et multiples de la lipase à la chinique des maladies infectueuses et, en général, dans les toxémies.

VIII. Dans certains cas, l'index lipolytique, de pair avec d'autres symptômes cliniques, à part la signification pronostique, peut posséder une signification diagnostique différentielle (pleurésie, polyarthrites, complications pulmonaires, etc).

IX. L'élévation de la lipase dans le serum sanguin dans la tuberculose pulmonaire doit être rapportée aux dépens de la lipase des organes divers, de préférance, du foie. Pour expliquer l'élévation de la lipase dans les affections hépatiques ou des voies biliaires accompagnées d'ictère (lipase hépatique ou lipase inactivée du serum sanguin?) on doit procéder à des études ultérieures.

X. Entre le taux de lipase sérique et les réactions colloïdales non spécifiques (réaction de précipitation des érythrocytes et réaction de Matéfy) le parallélisme n'est observé que dans des cas à évolution maligne et, jusqu'à un certain dégré, des cas à gravité moyenne.

XI. La réction de précipitation des érythrocytes et celle de Matéfy, établissant la désagrégation cellulaire et tissulaire, la destructivité de l'organisme, ne disent rien des phases de lutte de l'organisme contre le microbe et sa toxine.

XII. De ces deux réactions sus-mentiounées, montrant l'instabilité des globulines, c'est la réaction de précipitation des érythrocytes qui a le plus de valeur dans l'usage clinique.

XIII. La détermination de la séro-lipase, jointe à d'autres réactions non spécifiques, surtout celle de précipitation des érythrocytes, peut servir de moyen diagnostique de grande valeur à la clinique de la tuberculose, donnant la plus juste représentation sur le caractère, la forme et la marche du processus.

XIV. Il y a une régularité fixe entre la quantité de lipase et le dégré d'écart nucléaire des neutrophiles à gauche, selon Schilling: à l'écart prononcé à gauche correspond un abaissement prononcé de lipase.

XV. Entre l'index lipolytique et le chiffre absolu des lymphocytes, le parallélisme n'est observé que dans les affections infectueuses et septiques aiguës, accompagnées simultanément de lymphopénie et de baisse prononcée de lipase. A l'élévation du chiffre absolu des lymphocytes, dans ces afferctions, correspond une élévation du titre de lipase. Dans le reste, le parallèlisme ne s'observe pas: les cas avec une lymphocytose peuvent au même dégré avoir une quantité normale, abaissée ou élevée de lipase.

XVI. Il n'y a aucun parallélisme entre l'index de lipase du serum et le chiffre absolu des monocytes.

XVII. Il y a un parallélisme entre la quantité de lipase et le chiffre des grands lymphocytes granuleuxs azurophiles, mais ce fait nécéssite une vérification supplémentaire sur un grand matériel clinique.

XVIII. Dans les affections infectueuses aiguës, la courbe du titre de lipase sérique correspond généralement à celle de la température: plus la température est élevée, plus le niveau de lipase est abaissé.

XIX. L'évaluation du ferment lipolytique du sang ou du serum doit devenir une méthode indispensable de l'examen clinique des malades.

Катэдра Ортопэдыі БДУ і Ортопэдычная Амбуляторыя НКАЗБел.

Загадчык Дацэнт *М. Шапіра.*

Аб пад‘зьвіхах чаўнаватай косьці прыдалоньня.

Дацэнт **М. Н. Шапіра.**

Пашкоджаньні касьцей прыдалоньня, якія апісаны да гэтых часаў, складаюцца, галоўным чынам, з пашкоджаньняў чаўнаватай і серпаватай касьцей. Пад уплывам моцнай траўмы чаўнаватая косьць часьцей ламаецца, тады як серпаватая выскоквае з свайго месца, утвараючы, такім чынам, зьвіх. Такія зьвіхі апісаны ў літаратуры як самастойныя, таксама і ў сувязі са зломамі іншых касьцей прыдалоньня.

Мантандон апісаў у 1903 годзе зьвіх серпаватай косьці, як самастойную траўму, спрабаваўшы нават вызначыць дакладны мэханізм гэтых зьвіхаў.

Зьвіхі чаўнаватай косьці здараюцца надта рэдка. У літаратуры апісаны 9 выпадкаў Эйгенбродтам яшчэ ў 1901 годзе; да іх далучаюцца выпадкі Зульцбэргера, Кёрбэра і ў апошнія гады Шцёра, Пакроўскага і Краске. Гэтымі, ды яшчэ некалькімі выпадкамі вычэрпваецца ўвесь матарыял, які датычыцца да гэтага пашкоджаньня. Гэтыя зьвіхі, як вынік траўмы, знаходзяцца ў цеснай сувязі з умовамі прафэсыянальнае працы; вось чаму яны хоць і рэдкі, але маюць вялізарнае практычнае значэньне; ад своечаснага распазнаваньня гэтых пашкоджаньняў, як па сымптомах, так і пры дапамозе рэнтгеназдымкаў, залежыць прызначэньне правільнай тэрапіі і найбольш хуткае аднаўленьне страчанай функцыі такога важнага органу, як рука.

Большая частка гэтых апісаных выпадкаў—былі поўныя зьвіхі, пры якіх чаўнавіца прымала самыя разнастайныя становішчы і якія наглядаліся пры вельмі цяжкіх пашкоджаньнях мяккіх тканак ручыцы (разрывы сухажылаў, скуры, разьмяжджаньне тканак). Гэтыя пашкоджаньні мелі такую цяжкую форму, што рука цалкам траціла сваю функцыю, і зьвіхі чаўнавіцы былі ў гэтых выпадках такім чынам, толькі другарадным пашкоджаньнем. Аднак, з удасканаленьнем рэнтгенатэхнікі і дакладнасьці дыагностыкі пашкоджаньняў ручыцы, пачалі зьяўляцца апісаньні ізаляваных зьвіхаў чаўнавіцы са спробамі вывучэньня мэханізму гэтых пашкоджаньняў і іх лячэньня. З гэтага моманту пытаньне гэта робіцца больш актуальным і набывае большую цікавасьць.

Шцёр апісвае выпадак ізаляванага зьвіху чаўнавіцы ў мужчыны 45 год, які здарыўся пры паданьні на выпрастаную ручыцу. Рэнтген паказаў, што чаўнавіца абярнулася па франтальнай восі на 90°. Пад наркозам зьвіх быў напраўлены з доўгім станоўчым рэзультатам.

Пакроўскі (Арэнбург) апісвае выпадак, дзе сцэпшчык вагонаў атрымаў у часе працы моцны ўдар вагонным ланцугом па леваму прыдалоньню. Зараз-жа пасьля ўдара ўся ручыца спухла. Поўная адсутнасьць руху ў ручыцы і пальцах. Абмацваньне не дало ніякіх рэзультатаў з паводу вялікай пухліны. Рэнтген-жа паказаў, што хоць уся косная сыстэма прыдалоньня і не пашкоджана, але ў першым радзе касьцей прыдалоньня ёсьць недахоп, выкліканы тым, што чаўнавіца апынулася ў ненармальным становішчы, а абярнулася каля сваей фронтальнай восі так, што яе сустаўная паверхня, якой яна злучаецца з галоўкавіцай, трапіла на шылаваты адростак праменьніцы. Ад опэрацыі хворы адмовіўся; адлеглыя вынікі: немагчымасьць згінаньня II і III пальцаў. Інваліднасьць III групы.

Краске з клінікі Лэксэра апісвае выпадак ізаляванага зьвіху чаўнавіцы пры невялікай траўме. Рабочы, 27 год, падымае цяжкую мядзяную пліту. Пры гэтым ён адчувае моцны боль у левым прыдалоньні. Пліта падае ў яго з рук. Пры аглядзе на тыле ручыцы відаць выпінаньне нейкага цьвёрдага цела, якое пры націсканьні зьнікае. Боль сьціх і два дні хворы ня меў ніякіх няпрыемных адчуваньняў. Аднак з цягам часу ў яго робіцца навычны зьвіх гэтае косьці, які зьяўляецца ў часе кожнага шпаркага руху рукі. Пры тыльным сгінаньні рукі, косьць становіцца на месца. Рэнтген паказаў зьвіх чаўнавіцы.

Апошняя абарачваецца вакруг сваёй папярэчнай восі, дзякуючы чаму адлегласьць між праменьніцай і большай многакутніцай зьмяншаецца. Сталасьць гэтага фэнамэну пры самай малай нагрузцы рукі робіць хворага інвалідам.

На працягу лістапада і сьнежня 1927 году мне прышлося наглядаць у Ортопэдычнай амбуляторыі 2 выпадкі зьмяшчэньня чаўнавіцы крыху іншага роду. Абодва выпадкі зьявіліся ў выніку двух рознастайных пашкоджаньняў і павінны быць апублікаваны, як дапаўненьне да казуістыкі пытаньня аб зьвіхах малых касьцей ручыцы.

I-шы выпадак: Разьнік, 21 году, моцнага целаскладу, пры спробе паваліць скаціну, пападае левай ручыцай пад тушу. Праз 2 гадзіны яго прывезьлі ў амбуляторыю. Малейшая спроба рухаць хаця-б адным пальцам, выклікае боль, блізкую да абамленьня. Пухліны няма. Пасыўныя рухі немагчымы бяз моцнага болю. На тыле ручыцы, праменна ад разгінальнае сухажылы паказальніка можна намацаць пухліну, з консыстэнцыяй косьці. Рэнтгенаўскі здымак паказвае: адлегласьць паміж шылаватым адросткам праменьніцы і большай многакутніцай значна менш нормы, затое прамежак паміж шылаватным адросткам лакцявіны і далоньневай косьцю больш нормы. Чаўнаватая косьць сваёй далейшай часткай ляжыць на галоўчатай касьці. Дыягназ: падʻзьвіх чаўнаватай косьці.

Пад этэрным занягуленьнем удалося направіць гэты зьвіх наступным спосабам: ручыца адведзена ў бок лакцявіцы і ў той самы час націскам на косьць, якая выпінялася, яна ўведзена на сваё месца. Апошні момант выявіўся характарным гукавым фэнамэнам, вельмі падобным да моманта направы зьвіхнутай лагвабядровай суставы. Ручыца і прадплечча паложаны ў гіпсавую лянгету на 10 дзён. Хворы вылячыўся і выконвае сваю цяжкую працу бяз болю і перашкоды.

II-гі выпадак. Жанчына 54 год атрымала пры паданьні злом эпіфіза правай праменьніцы з адрывам шылаватага адростку лакцявіцы. Хворая зьявілася ў амбуляторыю на дзесяты дзень з наступнымі зьявішчамі: значная пухліна ўсёй ручыцы і прыдалоньня правай рукі. Адсутнасьць магчымасьці згінаць і разгінаць ручыцу. Уся ручыца перамешчана ў тыльна-праменьнічнае становішча, якое напамінае характэр-

ную форму штыка. Форма гэта яшчэ больш вылучаецца цьвёрдым выступам, які магчыма прамацаць на тыле ручыцы прыблізна пад асновай III далоньневай косьці. Дотык да ручыцы выклікае моцны боль. Рэнтген: значнае перамяшчэньне эпіфізарнай часткі праменьніцы ўнутры, адрыў перамяшчэньнем шылаватага адростку лакцявіцы. Адлегласьць паміж шылаватым адросткам праменьніцы і большай многакутніцай зьменшана. Чаўнаватая косьць далейшай часткай сваёй ляжыць на галоўчатай косьці. Дыягноз: злом праменьніцы, адрыў шылаватага адростку лакцявіцы, пад'зьвіх чаўнавіцы. Направа злому спосабам, які ўжываецца ў амбуляторыі: пры лакцявічным адхіленьні ручыцы направілася і зьвіхнутая чаўнавіца.

Мэханізм гэткага пад'зьвіху ў двух нашых выпадках, ня гледзячы на розны від траўмы, мае адзін агульны момант: у абодвух выпадках ручыца, пад уплывам траўмы, трапіла ў становішча значнага праменьнічнага згінаньня і трэба сабе ўявіць, што пры сіле, якая імкнецца злучыць аснову адзінца з праменьніцай, косьці, што ляжаць на шляху, павінны саступіць. Чаўнавіца сасьлізгае на тыльную паверхню галоўчатай косьці.

Тлумачэньне гэтага зьявішча можна знайсьці ў анатомічнай структуры касьцей прыдалоньня, іх вязаў і мэханіцы праменьнічна-прыдалоньнявай суставы. Косьці прыдалоньня разьмяркованы такім чынам, што ўтвараюць дзьве вялікія суставы: праўдзівую—праменьнічна-прыдалоньневую, якая складаецца з галоўкі праменьніцы і лакцявіцы, з аднаго боку і чаўнавіцы, серпавіцы і трохсьценьніцы—з другога і міжпрыдалоньневую,—якая складаецца вышэй паданымі, трыма касьцямі (ня лічучы гарохавіцы) з аднаго боку і апошнімі чатырмя—з другога.

Калі-ж мы зьвернемся да міжпрыдалоньневых міжкосных вязаў, мы бачым, што найбольш моцна злучаны рад касьцей, якія ляжаць бліжэй да далоньневых касьцей (большая і меншая многакутніцы, галоўкавіца і кручвавіца). Моцныя вязы гэтых касьцей злучаюць іх з далоньневымі касьцямі нібыта ў адно цэлае. Куды слабей злучаны паміж сабой косьці, якія ляжаць бліжэй да праменьніцы (чаўнавіца, серпавіца і трохсьценьніца) і вельмі слаба злучаны абодва рады між сабой.

Дэ-Кервэн лічыць, што вяз паміж чаўнавіцай і галоўкавіцай нагогул адсутнічае. Пры спробах пашкоджаньня праменьнічна-прыдалоньнявай суставы на трупах, вяз паміж чаўнавіцай і серпавіцай разрываецца раней, чым іншы. Гэткая сыстэма конструкцыі вязаў міжпрыдалоньневай суставы выклікаецца кінэтычнымі вымаганьнямі рукі. Далоньневае і тыльнае згінаньне ручыцы адбываецца пераважна ў міжпрыдалоньневай суставе, тады як праменьнічнае і лакцявічнае згінаньне ў праменічна-прыдалоньневай.

Калі на прэпараце ручыцы, якая ачышчана ад цягліц і знадворных вязаў, разглядзець становішча чаўнавіцы пры найбольшым праменьнічным згінаньні, можна ўгледзіць, як яна сваім храстковым вузкім пярэднім краем, які звычайна ўпіраецца ў абедзьве многакутныя косьці, паварачваецца ў тыльны бок і нібыта выпіхаецца гэтымі касьцямі. Адпаведна зьмяняюць сваё становішча серпавіца і трохсьценьніца.

Аднак, адно толькі вольнае становішча чаўнавіцы яшчэ не тлумачыць зьвіх апошняй. Вязы, якія атачаюць суставу, разам з капсуляй даюць досыць трывалую апору для касьцей праменьнічна-прыдалоньневай суставы. Гэтыя вязы, якія дапаўняюць капсулю суставы, разьмяшчаюцца наступным чынам. З тыльнага боку капсуля ўзмоцнена сыстэмай вязаў, якія Браус падзяляе на сталыя і нясталыя. Да першых адносяцца: lig radio .carpeum dorsale, lig collaterale carpi radiale і

lig arcuatum dorsale; яны разьмешчаны так, што ўтвараюць трыкутнік, дзе ляжыць чаўнавіца, пакрытая цельнай сустаўнай капсуляй, якая лёгка рвецца. Да іншых належыць вяз, які ідзе па паверхне капсулі над чаўнавіцай і нібы-та ўзмацняе капсулю. Ён мае назву таксама: lig radio—carpeum dorsale і адсутнічае ў большай колькасьці выпадкаў.

З далоньневага боку, чаўнавіца ўзмоцнена нясталымі вязамі ў сваёй дыстальнай частцы (з многокутнымі касьцямі) і крыху мацней у асновы lig radio—carpeum volare.

З вышэйпаданага выходзіць, што для чаўнавіцы, у сілу анатамічных асаблівасьцяй яе становішча і прымацаваньньня ў сыстэме касьцей прыдалоньня, утвараецца магчымасьць, пры пэўным пашкоджаньні, для зьвіху.

Калі абмінуць вышэйапісаныя выпадкі зьвіху чаўнавіцы, пры аднагачасным значным пашкоджаньні іншых тканак і разглядзець апошнія, мною паданыя з літаратуры, а таксама і свае выпадкі, можна ўпэўніцца ў наступным: пры наяўнасьці пашкоджаньня, якая канцэнтруецца ў праменьнічнай частцы праменьнічна-прыдалоньневай суставы, чаўнавіца можа трапіць у становішча зьвіху, які выяўляецца ў розных формах: бываюць пад'зьвіхі, як у нашых выпадках, дзе косьць дыстальнай часткай выходзіць з свайго месца і кладзецца на тыльную паверхню галоўкавіцы; бываюць і поўныя зьвіхі, калі косьць абарачваецца альбо наўкола сваёй фронтальнай восі (Шцёр, Пакроўскі), альбо папярэчнай (Краске).

Ад рознага становішча зьвіхнутай чаўнавіцы павінна залежыць і лячэньне гэтага пашкоджаньня: лёгка напраўляючыся пры пад'зьвіху, яна можа даць шмат труднасьцяй пры направе, калі яна зусім зьвіхнута. Наяўнасьць навычнага зьвіху можа патрабаваць апэрацыйнага ўзмацненьня вязаў тылу праменічна-прыдалоньневае суставы (ушыцьцё капсулі); у асабліва цяжкіх выпадках паказана выдаленьне зьвіхнутай косьці шляхам опэрацыі.

Літаратура.

1. *Kraske*: *Luxation* des os naviculare manus. Arch. f. Orthop XXV Band.

2. *Pokrowsky*: Ein Fall von isolierter Luxation des os naviculare carpi. Ztrbe f. Chirurgie. 1927.

3. *Stöhr*: Über einen Fall von isolierter Luxation des os navicul. manus. Ztrbe f. Chir. 1925.

4. *Braus*: Anatomie des Menschen.

5. *Eigenbrodt*: Über isolierte Luxationen der Carpalknochen. Bruns Beitr. XXX.

6. *Toldt:* Atlas der descriptiven Anatomie.

7. *De Quervain:* Beitrag zur Kennthiss der kombinierter Frakturen und Luxationen der Haudwurzelknochen. Monatsschrift für Unfallheilkunde C. Zg.

З 2-й Хірургічнай Клініхі Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту.

Дырэктар—прафэсар *М. П. Сакалоўскі.*

Справаздача аб працы 2-ой Хірургічнай Клінікі Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту за 5 год (1923—1927 г. г.).

М. П. Сакалоўскага.

У складаньні справаздачы прымалі ўдзел наступныя асобы:

М. П. Сакалоўскі сабраў матар'ял і распрацаваў: хваробы галавы, твару, страўніка і рэдагаваў іншыя аддзелы.

Мангейм—хваробы шыі і грудной клеткі.

Бонч-Асмалоўская—хваробы тоўстых і тонкіх кішок.

Халадцоў—апэндыцыты.

Хургін—хваробы печані і нырак.

Карзон—кілы.

Шчаглоў—хваробы сьпіны і пярэдняй сьценкі жывата.

Комаў—хваробы мачавога пухіра і мужчынскіх плоцьцевых органаў.

Міхальчык—верхнія канцавіны.

Суханаў—ніжнія канцавіны.

З адчыненем 3-га курсу Мэдфаку Беларускага Унівэрсытэту ў студзені 1923 году, была адчынена Хірургічная Клініка. Спачатку Клініка знаходзілася ў 1-й Савецкай (б. яўрэйскай) больніцы, у нанова адрамантаваным будынку і мела 50 ложкаў.

У маі 1924 году Клініка пераехала на новае месца—у 2-ю Савецкую больніцу і пачала працаваць, як шпітальная клініка. Сучаснае памяшканьне клінікі разьмешчана ў асобным двухпаверхавым будынку, у якім ёсьць 5 палат; з іх 3 вялікія па 12 ложкаў кожная і 2—па 8 ложкаў; значыць, усяго 50 ложкаў. Памяшканьне для такой колькасьці ложкаў зусім нездавальняючае, і ў маленькіх палатах, дзе зьмяшчаецца па 8 хворых, ложкі амаль шчыльна стаяць адно каля другога. Гнойнае аддзяленьне выдзелена і займае 2 палаты—адну для жанчын, другую для мужчын. З іншых пакояў, якія ёсьць у будынку клінікі, адзін пакой заняты пад лябараторыю, у другім знаходзіцца габінэт прафэсара, музэй, потым пакой для сясьцёр, ардынатарскі пакой, нарэшце апэрацыйная, прадапэрацыйная і перавязачная.

Інструмэнтамі і апаратамі клініка задаволена здавальняюча. У апошні час быў набыты апарат дла дыятэрміі і ў бліжэйшы час у 2-й Савецкай больніцы ўстанаўляецца Рэнтгэнаўскі апарат.

На працягу пяці год у якасьці дактароў у клініцы працавалі наступныя асобы:

1. Дырэктар клінікі—прафэсар *М. П Сакалоўскі,*
2. Асыстэнт—да мая 1927 г.—*М. Н. Шапіра.*
3. „ *А. Е. Мангейм.*

4. Асыстэнт *І. А. Бонч-Асмалоўская.*
5. Ардынатар *Міхальчык.*
6. „ *Халадцоў.*
7. „ *Комаў.*
8. „ —да чэрвеня 1927 году—*Цыпкін.*
9. „ —да жніўня 1926 году—*Іргер.*
10. „ —да чэрвеня 1927 году—*Карзон,*—у сучасны момант звышштатны ардынатар.
11. Звышштатны ардынатар *Хургін*—працуе ў клініцы з 1923 г.
12. „ „ *Суханаў.*
13. „ „ *Занеўскі,* які працаваў раней на працягу 2 год.
14. Звышштатны ардынатар *Файнбэрг*—працаваў адзін год.

Штат клінікі ў сучасны момант—1 прафэсар, 2 асыстэнты, 3 ардынатары, 1 прапаратар і 1 лябараторная супрацоўніца.

За пяць год праз клініку прайшло 3.532 хворых і было зроблена 2.749 апярацый.

Па асобных галінах захварэньні разьмяркоўваюцца такім чынам:

	Прайшло хворых	Зроблена апярацый
Хваробы галавы	131	79
„ твару	180	154
„ шыі	79	64
„ груднои клеткі	191	113
„ страўніка	251	202
„ дванаццаціпалай кішкі	31	28
„ тоўстых і тонкіх кішок (вопухі)	28	15
Непраходнасьць кішок	76	57
Хваробы простай кішкі	198	170
Хваробы жаночых плоцьцевых органаў	75	41
Хваробы брушыны	33	17
Апэндыцыт	396	301
Хваробы печані	57	29
„ нырак	70	32
Кілы	558	535
Хваробы сьпіны	78	30
„ пярэдняй сьценкі жывата	56	40
„ мачавога пухіра	43	23
„ мужскіх плоцьцевых органаў	99	95
„ верхняй канцавіны	181	137
„ ніжняй канцавіны	671	587
Усяго	3532	2749

У далейшым мы будзем апісваць захварэньні па тых аддзелах, якія прыведзены ў вышэйпаказанай табліцы.

Хваробы галавы.

Хворых з захварэньнем галавы было 131. Па хваробах яны разьмяркоўваюцца такім чынам:

		Апярацый
Раненьні ў галаву	102 чал.	54
Вадзянка галавы	17 „	15
Вопухі мазга	6 „	6
Саркома вісочнае вобласьці	1 „	1
Apoplexia cerebri	1 „	—
Moningo coele	1 „	1
Atheroma crani permagna	1 „	1
Гума чэрапа	1 „	—
Paralysis spastica	1 „	1
Усяго	131 чал.	79

Памёрла з апярыраваных 12 чалавек; з неапярыраваных памёрла яшчэ двое раненых, з раненьнямі ў галаву, якім апярацыя была прызнана немагчымай, з прычыны цяжкага становішча. Значыць, усяго памёрла 14 чалавек. 102 хворых, раненых у галаву, мы падзяляем на наступныя 3 групы:

1. Павярхоўныя раненьні вонкавых пакроваў галавы 18 ч.—17,6 проц.
2. Кантузіі галавы, якія праходзяць сьледам з Commotio cerebri і пераломы асновы чэрапа 27 ч.—26,1 проц.
3. Пранікаючыя ў поласьць чэрапа раны 57 ч.—55,8 проц.

Па ўзросту нашы хворыя падзяляюцца такім чынам:

Да 25 год было 86 проц., пасьля 25 год—14 проц.; дзяцей да 15 год з агульнага ліку раненых—было 20 проц.

Пры якіх абставінах наносіліся раненьні?

Раненьняў у бойцы нанесена 78 проц. і пры няшчасных выпадках—22 проц. раненьняў.

Па нацыянальнасьці хворыя падзяляюцца такім чынам: беларусаў—80 проц., рускіх – 9 проц., яўрэяў—6 проц. і іншых нацыянальнасьцяй—5 проц.

Мужчын было 97 чалавек, жанчын—5 чалавек.

Пры пранікаючых ранах чэрапа на 54 зробленых апярацыі памёрла 8 чалавек, што складае 15 проц. сьмяротнасьці.

Пры пранікаючых ранах чэрапа нагнаеньне ў вонкавых скурных пакровах ня можа служыць перашкодаю для апярацыі. У выпадках нагнаеньня пад уціснутымі адломкамі часта бываюць гнайнікі. Калі не аддаліць адломкі і не апаражніць такім чынам абсцэса, ранены памірае ад менінга-энцэфаліту. Усе костныя пераломы зводу чэрапа, якія нанесены тупымі прадметамі, на падставе выпрацаванай праф. Сакалоўскім клясыфікацыі, падзяляюцца на наступныя віды:

1. Трэшчыны.
2. Рубленыя раны.
3. Уцісканьне костных адломкаў.

Кожны з асобных відаў гэтых раненьняў ня толькі адрозьніваецца адзін ад другога па вонкаваму віду, але і клінічна працякае па рознаму.

Вопухаў мазга было 6. Ва ўсіх выпадках была ўтворана апярацыя; памёр адзін ад менінга-энцэфаліту. Для дакладнай дыягностыкі прыцягваліся заўсёды нэўрапаталёгі і два разы была зроблена энцэфалаграфія.

Вадзянка галавы была ў 17 хворых. Такая вялікая колькасьць гэтага роду захварэньня тлумачыцца тым, што ў клініцы цікавіліся гэтай хваробаю, была распрацована новая апярацыя, для лячэньня вадзянкі галавы. Сутнасьць гэтай апярацыі заключаецца ў тым, што дрэніруецца ніжні рог бакавога страўнічка, для чаго робіцца трэпанацыйная дзіра ў чэшуе вісочнай косьці ў асновы сківіцавай дугі. Потым устанаўляецца зносіна з ніжнім рогам і ў яго ўводзяць тлушчавы ласкут на ножцы, выразаны з тлушчавага камка Біша. Некаторым хворым была зроблена апярацыя Гільдэбранда, г. зн. дрэнаж пярэдняга рога бакавога страўнічка праз глазьніцу. Вынікі гэтых апярацый здавальняючыя. Для зьнішчэньня дэфэктаў цьвёрдай мазгавой абалонкі дапасоўваўся чапец, а для зьнішчэньня дэфэктаў у касьцях чэрапа карысталіся рабровымі храшчамі.

Хваробы твару.

Усяго хворых з захварэньнем твару было 180 чалавек; з іх: мужчын—130, жанчын—50.

Па нацыянальнасьці хворыя падзяляюцца такім чынам: беларусаў—138 чалавек, яўрэяў—23, іншых нацыянальнасьцяй—7.

Разьмеркаваньне хворых па ўзросту:

10—20 год	37 чал.
20—30 „	38 „
30—40 „	21 „
40—50 „	21 „
50—60 „	37 „
60—70 „	26 „

Як відаць з гэтай табліцы, найбольшы лік хворых бывае альбо да 30 год, альбо пасьля 50. У маладым узросьце больш за ўсё бывае раненьняў, астэаміэлітаў і выродлівасьцяй. У старым узросьце пераважае рак.

Разьмеркаваньне хворых па хваробах:

	Чалавек	Апярацый
Рак ніжняй губы	30	29
„ верхняй губы	4	3
Астэаміэліт ніжняй сківіцы	20	20
Раненьняў	15	13
Саркома верхняй сківіцы і эпуліды	13	11
Саркома ніжняй сківіцы	7	4
Дэфэкт ніжняй сківіцы	1	1
Насавая цеча крыві	2	—
Вопухі сьлюнных залоз	5	4

Разьмеркаваньне хворых па хваробах:

	Чалавек	Апяра-цый
Параціты	2	2
Апёкі твару	7	—
Сьвішч сьліннай залозы	1	—
Саркома асновы чэрапа	1	—
Актынамікоз	3	3
Рак вушніцы	2	2
„ падсківіцавай залозы	3	2
Тубэркулёз, сыфіліс і рак носа	15	15
Удаленьне зубоў	1	1
Гнайнікі	2	2
Ангіны	6	5
Тубэркулёз твару	4	3
Пераломы ніжняй сківіцы	8	8
„ верхняй сківіцы	2	2
Рак і тубэркулёз языка	4	4
Сыфіліс языка і сыфіліс шчакі	2	—
Остэосаркома глазьніц	2	2
Дэфэкты шчок	6	6
Заячая губа	5	5
Мастаідзіты	3	3
Анкілоз ніжняй сківіцы	2	2
Нэўралгія трайнічнага нэрву	2	2
Усяго	180	154

Памёрла трое; адзін хворы пасьля апярацыі саркомы верхняй сківіцы, на трэці месяц ад мэтастазаў вопуху; адзін хворы пасьля карбункулу твару і адзін хворы—ад сэпсісу пасьля пералому ніжняй сківіцы.

Адносна некаторых груп захварэньняў можна адзначыць, што пры рэзэкцыі пры вопухах верхняй сківіцы ўсе апярацыі ўтвараліся пад мясцовай анэстэзіяй. Папярэдня перавязвалася знадворная сонная артэрыя. Пры раках ніжняй губы заўсёды удаляліся, апроч вопухаў, і падсківіцавыя лімфатычныя залозы.

Для замяшчэньня вельмі вялікіх дэфэктаў дапасоўвалася плястыка па Брунсу.

Пры рынаплястыцы карысталіся двума скурнымі ласкутамі, узятымі з ілба, а для ўтварэньня цьвёрдага касьцюка носа дапасоўвалі перасадку кавалка рабровага храшча. Перавага гэтага мэтаду заключаецца ў тым, што скарачаўся да 3-х месяцаў пэрыяд знаходжаньня хворых у клініцы.

Зрабіць-жа нос па вышэйпаказанаму способу даволі лёгка, і форма носа выходзіць зусім здавальняючая.

Хваробы шыі.

Разьмеркаваньне хворых па захварэньнях:		Апярацыі:	
Вальлякоў	44	Рэзэкцыя вальлякоў па Мікулічу	4
Тубэркулёз залоз	6	Струмэктоміі па Зауэрбруху	39
Вопухаў	5	Аддаленьне залоз	4
Вострых запаліцельных працэсаў	19	Аддаленьне вопухаў	2
Траўматычных пашкоджаньняў	4	Аддаленьне гарляка	1
Розных	4	Выкрыцьцё абсцэсаў	13
		Трахэтомія	1
Усяго	82	Усяго	64

Памёрла 9 чалавек.

На 44 вальлякі, вальляк быў у 5 мужчын, астатнія ў жанчын.

Трацiна хворых была ва ўзрасьце да 20 год. Большасьць вальлякоў былі парэнхіматозныя, 7 вальлякоў калоідна-кістозных і адзін вальляк—Базедаўскі.

Па месцы жыхарства хворыя разьмяркоўваюцца па розных акругах Беларусі. Горад Менск і Менская акруга—13 чал., Барысаўская акруга—9 (вёска Дуброва, Бярэзава, Маісееўшчына), Бабруйская акруга—4. Калінінская акруга—3, горад Ворша—2, горад Чэрвень—2, астатнія хворыя з іншых месц Беларусі.

У 17 хворых было павялічэньне толькі правай долі шчытаватай залозы, у васьмі хворых—левай долі, у 13 хворых былі павялічаны абедзьве долі—шчытаватай залозы.

Зьявішчы нязначнага базэдавізму, у відзе вірлавокасьці, кахікардыі і дрыжэньня канцавін было адзначана ў шасьці выпадках. У аднэй хворай было значнае зьмяншэньне гарляка, сіпаваты голас, дыхавіца.

Вялічыня вальлякоў была розная, ад дзіцячага кулака да вялічыні дзіцячай галавы. Першапачаткова 4 апярацыі было ўтворана па Мікулічу без папярэдняй перавязкі судзін, але затым пачалі рабіць апярацыю па спосабу Зауэрбруха з перавязкай судзін. Задняя частка шчытаватай залозы, разьмешчаная ў трахеі, заўсёды застаўлялася. Усе апярацыі былі ўтвораны пад мясцовай анэстэзіяй навакаінам. Апяра-цыйная рана дрэніравалася гумовым дрэнажам 1—2 дні. Нагнаеньняў на 44 апярацыі было ў 4 хворых. Сіпаваты голас ад пашкоджаньня зваротнага нэрву быў у аднэй хворай. Памёрла адна хворая пасьля апярацыі ад цечы крыві, якая ўтварылася ў выніку сасклізваньня лігатуры з анамальнай верхняй шчытаватай артэрыі. Сярод 19 хворых з вострымі запаліцельнымі працэсамі ў вобласьці шыі можна адзначыць 4 выпадкі сьмерці, з прычыны цяжкіх сэптычных флегмон. З пяці хворых з вопухамі на шыі памёрла двое. У адным выпадку ў жанчыны 25 год, якая паступіла ў клініку са скаргамі на флюктуіруючы вопух у вобласьці шыі, які быў у яе знайдзены як абсцэс. Праз некалькі дзён хворая загінула ад цечы крыві з горла. На выкрыцьці выявілася, што ў гэтай хворай быў распаўшыйся рак шыі, які разьеў трахею і сонную артэрыю і даў мэтастазы ў брухавіне і печані. Хворым з траўматычных пашкоджаньнем шыі было 4; у двух выпадках былі агнястрэльныя раненьні шыі: у аднаго хворага рэзаная рана шыі, пранікаючая ў трахею, у адным выпадку—перalом

шыйных вужлакоў з паралюшам чатырох канцавін. Апошні хворы памёр. Памёр адзін хворы з сібірскай язвай.

Захварэньні грудной клеткі:

Захварэньні грудной залозы	43
Гнойных плеўрытаў	52
Траўматычных пашкоджаньняў грудной клеткі	51
Вострых запаліцельных працэсаў	16
Тубэркулёзныя паражэньні	18
Вопухаў	7
Розных	9
Усяго	196

Апярацыі з прычыны захварэньня грудной клеткі:

Ампутацыі грудной залозы	26
Аддаленьне вопухаў	9
Выкрыцьце гнайнікоў	14
Рэзэкцыі робраў	42
Таракатоміі	4
Таракаплястык	9
Аддаленьне куль	1
Рэзэкцыі лапаткі	2
Перасадка скуры па Ціршу	1
Пэрыкардыатомія	1
Перавязка падключычнай артэрыі	1
Усяго	113

На 196 чалавек з захварэньнем грудной клеткі было 151 мужчын і 40 жанчын. На 20 з ракам грудной залозы толькі чатырох было ва ўзросьце да 35 год, астатнія—пасьля 35 год. У 13 хворых было захварэньне правай грудной залозы. Пры гісталёгічным дасьледваньні часьцей заўсёды была адэнакарцынома грудной залозы, а ў 6 хворых быў скір. Час, які прайшоў ад моманту захварэньня да моманту паступленьня ў клініку—ад 3-х месяцаў да 2-х год. З асобных сымптомаў можна паказаць уцягнутасьць сыска, якая адзначалася ў палове выпадкаў. Прарастаньне вопуху і зрашчэньне яго з вялікай грудной цяглiцай наглядалася ў траціны ўсіх выпадкаў. Падцяглічныя залозы былі выражаны ва ўсіх хворых. Усе гэтыя адзнакі паказваюць на тое, што жанчыны вельмі позна зварочваюцца для хірургічнага лячэньня пры раке грудной залозы. Ва ўсіх выпадках утваралася ампутацыя грудной залозы, разам з вялікай грудной цяглiцаю, і аддаляліся падцяглічныя лімфатычныя залозы. У адным выпадку прышлося перарэзаць падцяглічную вену, таму, што яна абрасла вопухам. Нагнаеньне швоў—3 разы. У чатырох хворых прышлося пасьля ампутацыі грудной залозы ўтвараць пластычнае зачыненьне дэфэктаў скурных пакроваў. Для гэтага перамяшчалася, для зачыненьня дэфэктаў, другая грудная залоза. Памёрла адна хворая, 36 год, у якой быў аддалены рак грудной залозы. Пасьля

апярацыі ў яе ўтварылася жаўтуха. На ўскрыцьці быў устаноўлены вялікі мэтастаз рака ў печані. У адным выпадку гінэкамастыі ў мужчыны 24 год было зроблена аддаленьне грудной залозы. Хворых з масьцітамі было 10. Аднэй хворай з хранічным масьцітам зроблена вылузганьне грудной залозы. З прычыны тубэркулёзу грудной залозы зроблена адзін раз ампутацыя залозы. Хворых з гнойнымі плеўрытамі было 52 чалавекі; з іх 16 жанчын і 36 мужчын. Узрост хворых—ад 1½—45 год. Траціна ўсяе колькасьці—дзеці да 10 год. У 20 выпадках плеўрыт быў левабаковы, у астатніх хворых—справа, і ў 2-х хворых—двухбаковы. Памёрла 8 чалавек. З этыялёгічных момантаў у выніку якіх утвараецца гнойны плеўрыт, можна адзначыць наступныя: у 12 хворых плеўрыт зьявіўся пасьля запаленьня лёгкіх, у 4 выпадках—пасьля тыфусу, у 2-х—пасьля шкарлятыны, у 3-х—пры агульнай піэміі, у 6 выпадках—тубэркулёзны плеўрыт. У астатніх хворых не ўдалося высьветліць прычыну захварэньня. Як мэтад лячэньня гнойных плеўрытаў, карысталіся амаль выключна апярацыяй рэзэкцыі робраў. Апярацыя ўтваралася як пад мясцовым, гэтак і пад агульным абязбольваньнем. У плеўральную поласьць устаўляўся гумовы дрэнаж. Тэрмін для знаходжаньня хворага ў клініцы ад 4-х да 6-ці тыдняў. З рэдкіх выпадкаў можна адзначыць аддаленьне гумовага дрэнажа з грудной поласьці, які праляжаў там 6 год. У двух выпадках пасьля рэзэкцый робраў было зроблена ўліваньне нэосальварсана з прычыны гангрэны лёгкіх: абыдва хворыя паправіліся. Ва ўсіх выпадках тубэркулёзных плеўрытаў пасьля рэзэкцыі робраў хворыя памёрлі. Два разы гнойныя плеўрыты лячыліся пункцыямі і ўліваньнямі рыванолам. У гэтых 2-х хворых мы атрымалі вылячэньне, але ў 3-х іншых выпадках пасьля лячэньня пункцыямі і прамываньнямі, прышлося ўсё-ж такі прыбегчы да рэзэкцыі робраў. Хворых з траўматычным пашкоджаньнем грудной клеткі было 51 чалавек; з іх 11 жанчын і 40 мужчын. Узрост большасьці хворых—ад 20-ці да 40 год. Удараў грудной клеткі—5, пераломаў робраў—18, пераломаў лапаткі—1, агнястрэльных раненьняў грудной клеткі і лёгкіх—15, колата-рэзаных ран грудной клеткі—12. Пры пераломах робраў накладалася ліпка-пляйстарная павязка. Пры пранікаючых раненьнях лёгкага і плеўры дапасоўвалася кансэрватыўная лячэньне. Ва многіх выпадках рабіліся пункцыі, для апаражненьня крыві з поласьці плеўры. У аднаго хворага ўтварыўся гнойны плеўрыт, які патрабаваў рэзэкцыі рабра. Пры сьвежых колата-рэзаных ранах накладаліся швы на плеўру, цягліцы і скуру. Памёрла 5 чалавек, з іх двое хворых памёрла на другі дзень пасьля агнястрэльнага раненьня абодвых лёгкіх, адзін ад раненьня лёгкага і сьпіннога мазга, двое хворых—ад сэпсісу. Хворых з тубэркулёзным паражэньнем касьцей грудной клеткі, залоз і мягкай тканіны было 18; з іх 3 жанчыны, астатнія мужчыны. Ім было зроблена шэсьць апярацый. У адным выпадку была апарожнена вялікая поласьць, якая ўтварылася ў срэдастэніі, у выніку распада тубэркулёзна-бранхіяльных залоз. У гэтага хворага да апярацыі вызначаўся пульсуючы вопух. Хворы папраівўся.

Хваробы страўніка.

Усяго хворых з захварэньнем страўніка было 251 чалавек; мужчын — 197, — 78,3 проц., жанчын — 54 — 21,5 проц. З іх добраякасных захварэньняў страўніка было 74,7 проц., а ракаў у 25,3 проц. усіх выпадкаў.

Па ўзросту хворыя разьмяркоўваюцца такім чынам:

Дабраякасныя захварэньні страўніка	Ракі
10—20 год — 8 чал.	—
20—30 „ — 40 „	2 ч. — 5%
30—40 „ — 69 „	9 „ — 13 „
40—50 „ — 80 „	25 „ — 31 „
50—60 „ — 35 „	16 „ — 45 „
60—70 „ — 19 „	10 „ — 52 „
Усяго — 251 чал.	62 чал.

Нацыянальнасьць ня мае значэньня на захварэньні ракам страўніка. Так, на 191 беларусаў было 49 чал. хворых ракам—25 %; на 49 яўрэяў ракам былі хворы 13 чалавек, г. зн. 26 %.

АПЯРАЦЫІ НА СТРАЎНІКУ:

	Пры раку	Пры язьве	Усяго
Gastroenterostomia	21	105	126
G.E.S.T. пры язьве дванаццаціпалавай кішкі	—	26	26
Рэзэкцый страўніка	7	12	19
Laporotomia probator	19	10	29
Пэрфарацыя язвы (зашываньне) . .	—	3	3
Паўторн. апярацыі на страўніку (апроч рэзэкцый страўніка)	—	11	11
Гастрагепатапексія	—	3	3
Пілорапластыка	—	2	2
Гастрастоміі	9	—	9
Усяго	56	172	228

Добраякасныя захварэньні страўніка—189 чал.

Гэтыя захварэньні могуць быць падзелены: 1) на выпадкі апярыраваныя—144 хворых, 2) на выпадкі, якія не падлягалі апярацыі—45 ч. Спробная ляпаратомія, пры якой ня было знойдзена язвы, была зроблена 10 разоў. У 9 выпадках пры гэтай апярацыі быў аддалены чырваваты прывесак. У 45 хворых, якія не падлягалі апярацыі, у 7 чалавек была achilia gastrica, у 28 хворых—язва страўніка была ў пачатковай стадыі, і таму яны былі выпісаны для тэрапэўтычнага лячэньня. Хранічныя вострыя катары страўніка былі ў 10 хворых. Crise gastrigue пры tabes‘e, быў у двух хворых, апушчэньне страўніка—у 3-х хворых, Lues—у 2-х.

Па лёкалізацыі язваў каля 70 проц. знаходзіліся ў галіне прыўратніка і 30 проц. былі выяўлены на малой крывізьне страўніка. У 6 выпадках былі множныя язвы страўніка. Асобны інтарэс прадстаўляе паўторная апярацыя на страўніку. Іх было зроблена 18. З прычыны звужэньня ўтварыўшагася злучэньня, апярацыі былі зроблены ў 4-х чалавек. Злучэньне пашырылася пасьля разрэзу страўніка альбо тонкай кішкі каля злучэньня. Было ўстаноўлена, што, як відаць, злучэньне

з самага пачатку было накладзена занадта вузкім, таму што адлеглыя вынікі, якія ўдалося прасачыць на працягу 3-х год у 2-х хворых, паказваюць, што пасьля пашырэньня злучэньня рэцыдыву болю ня было. Спайкі і цяжы, якія перацягвалі страўнік і злучэньні, былі ў 4-х хворых. У 2-х іншых хворых была зроблена гістрапексія, у 1 хворага затым быў устаноўлены пакрэатыт; значыць, злучэньне яму было ўтворана дарэмна. Пэптычная язва страўніка была ў 7 хворых. У 2-х выпадках на дзьве язвы былі знойдзены ніткінепрарыўнага шва; у аднаго хворага з прычыны рэцыдыву болю прышлося рэзэцыраваць язву на малой крывізьне. На 18 паўторных апярацый на страўніку толькі ў 3-х хворых першая апярацыя была ўтворана ў клініцы; астатнія 15 хворых апярыраваліся ў іншых лекавых установах. Пэптычных язваў пасьля злучэньня, зробленых у клініцы пры карыстаньні спосабам аднапавярховага кішочнага шва ня было ніводнай.

Пры накладаньні злучэньня ў клініцы заўсёды ўжываўся аднапавярховы вузлавы шоў. Апярыруюць заўсёды бяз клемаў. Пасьля апярацыі страўнікава-кішочнага злучэньня памёрла 4 хворых. Адна хворая памёрла пры зьявішчах вострага пашырэньня страўніка, 2 хворых—ад пнэймоніі і 1—ад пэрытаніту. Апошні хворы быў апярыраваны летам мала вопытным ардынатарам. Вострых пэрфарацый язваў страўніка было 9; з іх памёрла 3, прычым двум памёршым хворым было ўтворана толькі зашываньне язвы, без накладаньня злучэньня, між тым, як з 6 хворых, у якіх, апроч зашываньня язвы, было зроблена яшчэ і злучэньне, памёр толькі адзін чалавек.

Рэзэкцый з прычыны язвы зроблена 6—памёр 1. З паўторных апярацый на страўніку памёрла двое пасьля апярацый пэптычных язваў. Значыць, пасьля апярацый на страўніку ўсяго памёрла 10 чалавек.

Язваў дванаццаціпалай кішкі было 31 чал. Было зроблена апярацый: страўнікава-кішочнага злучэньня—26, халецыстагастрастомій 1. Язва ня была знойдзена, але быў аддалены чарваваты прывесак у аднаго хворага. Усяго 28 апярацый. Не апярыравана 3 хворых. Сьмерці ня было.

РАК СТРАЎНІКА:

Усяго хворых ракам страўніка было 62 чалавекі. На агульны лік усіх захварэньняў страўнікам, значыць на 1/4 прыходзіцца рак. Гэтыя хворыя разьмяркоўваюцца такім чынам: у 15 чалавек апярацыя была прызнана некарыснай, і яны ня былі апярыраваны, у 19—была зроблена спробная ляпаратомія, рэзэкцыя страўніка ў іх была прызнана немагчымай, а злучэньне—бяз мэты. Злучэньне было накладзена ў 21 чалавека, рэзэкцыя зроблена 7 разоў.

Па Більроту II	— 2	разы,
„ „ I	— 2	„
„ Кохеру	— 1	„
Па Поліа Бальфуру	— 1	„

З усіх хворых ракам памёрла 4 чалавекі. Пасьля рэзэкцыі памёрла 3 хворых і 1 хворы памёр ад пнэймоніі пасьля спробнай ляпаратоміі. Ня гледзячы на імкненьні зрабіць радыкальныя апярацыі пры раку страўніка, яны немагчымы з прычыны таго, што хворыя надта позна пападаюць у клініку. З прычыны раку страваводу зроблена 8 гастрастомій; з іх памёрла 4 чалавекі. Страўнікавы сьвішч накладаўся толькі

ў тых хворых, якія не маглі праглынаць і рэдкую страву. Калі жыжка праз стрававод праходзіць, то хворым страўнікавы сьвішч не накладаўся. З гэтых меркаваньняў ня быў апярываваны рак страваводу ў трох хворых. Затым быў адзін хворы з кардыаспазмам, і ў 1 хворага было ўтворана пашырэньне звужанага страўнікавага сьвішча.

Хваробы печані:

1.	Жоўчныя каменьні	15
2.	Генатып	1
3.	Вопухі печані	2
4.	Вопухі жоўчных правадоў і papilla Fateri	2
5.	Халецысты	23
6.	Вадзянка жоўчнага пухіра	1
7.	Гнайнікі печані	4
8.	Падперагародачныя абсцэсы	4
9.	Рак печані (паўторны)	1
10.	Рак падстраўнікавай залозы	1
11.	Рак жоўчнага пухіра	1
	Усяго	57

Апярацыі пры хваробах печані—29.

1.	Халецыстэктоміі	14
2.	Халецыстэктоміі і халецыстагастрастоміі	2
3.	Trausversoileostomia	1
4.	Ляпартоміі (інапэраб. выпадкі)	5
5.	Рэзэкцыі рабра	3
6.	Разрэзаў	4
	Усяго	29

Усіх захварэньняў кішочніка і поласьці брухавіны—340.

1.	Вопухі тонкіх і тоўстых кішок	10
2.	Падскурны разрыў кішок	4
3.	Гэмарой	112
4.	Выпаданьне гесті	18
5.	Расколін выходніцы	14
6.	Сьвішчоў выходніцы	24
7.	Парапрактытов	11
8.	Вопухі простай кішкі	15
9.	Непраходнасьць кішок	76
10.	Вопухі поласьці брухавіны	13
11.	Пэрытаніты	20
12.	Ушчамлёная кіла парагародкі	1
13.	Іншыя захварэньні	22
	Усяго	340

Усіх апярацый па кішочніку і ў малым лагве, апроч апярацый пры апэндыцыце было—244.

1.	Рэзэкцыі тонкіх і тоўстых кішок	8
2.	Шво на кішочнік з прычыны разрыву яго	4
3.	Апярацый гэмароя	102
4.	Ампутацый простай кішкі (рак)	7
5.	Апярацый пры выпаданьні простай кішкі	14
6.	Сьвішчы выходніцы	21
7	Расколіны выходніцы	14
8.	Апярацый з прычыны непраходнасьці кішок	57
9.	Апярацый пры вопухах брухавіны	4
10.	Апярацый пры пэрытанітах	13
11.	Гінеколёгічных апярацый	41
	Вопухаў тонкіх і тоўстых кішок	10
	З іх апярыравана	8

З нямногіх выпадкаў можна паказаць на наступнае:

Рак jejuni—1.

Зроблена рэзэкцыя кішкі разам з вопухам, які быў вялічынёю з кулак і разьмяшчаўся на адлегласьці 15—20 сант. ад plica duodeno—jejunalis; анастамоз зроблен канец у канец аднапавярховым швом. Выздараўленьне.

Рак аточыны тонкіх кішок—1.

Спробная ляпаратомія, пры якой выяўлены вопух аточыны ў верхняй яе частцы—злучаны з падстраўнікавай залозай. Вопух ня быў аддалены з прычыны вялікіх разьмераў.

Вопухаў сьляпой кішкі было 3.

У двух выпадках зроблена ileotransversostomia, прычым у адным выпадку вопух распаўсюджваўся на аточыну тонкіх кішок, прыціскваючы месца ўпаданьня ilei у coecum.

У трэцім выпадку зроблена спробная ляпаратомія, таму што вопух выходзіў ад яечнікаў і быў шчыльна злучаны з coecum і акаляючымі тканінамі.

Вопух flexurae hepatica быў 1.

Зроблена рэзэкцыя кішкі разам з вопухам і ileotransverso-Stomia Cancer colon descendens 1.

Зроблена resectio coli descendens Cancer colon pelvini 1.

У выніку зрошчаньня вопуху з мачавым пухіром і брухавінай у апошнім выпадку вопух немагчыма было аддаліць, быў накладзены калавы сьвішч.

З двух неапярыраваных хворых у аднаго падазравалі вопух тонкіх кішок, а ў другой вопух coeci.

З 8-мі апярыраваных памёрла 1, пасьля рэзэкцыі зьвіслай кішкі.

Вопухі кішочніка, як відаць, часьцей у мужчын. Так, напрыклад, на 8 мужчын было 2 жанчыны.

Па ўзросту: ад 20—30 г.—3; ад 40—50—4; ад 50—65—3.

Асабліва цікавы выпадак ушчамлённай кілы перагародкі.

Кіла перагародкі ў хворага існавала 9 год і ўтварылася ў выніку раненьня грудзі па левай падцяглічнай лініі ў галіне 9-га рабра. За два дні да апярацыі выявіліся зьявішчы непраходнасьці кішок, прычым быўшае ў гэтай галіне выпячваньне павялічылася. Зроблена рэзэкцыя ўшчамлённай сігмавіднай кішкі з трансплеўральнага разрэзу. Кішочнік

зашыты канец у канец двухпаверхавым швом, упраўлены ў брухавінную поласьць праз перагародку. Ушчамляючае кальцо на цяглічнай частцы перагародкі зашыта, плеўра таксама зашыта. Хворы паправіўся і праз 4 гады быў агледжаны, адчувае ён сябе зусім здаровым.

Калавых сьвішчаў пасьля ўшчамлённай кілы—2.

Падскурны *разрыў кішок* пасьля атрыманых удараў капытам каня—4. Усе апярыраваны. Пэрфаратыўныя дзіркі зашыты. 3 загінулі ад пэрытаніту. Адзін пэрыгастрычны абсцэс пасьля пэрфарацыі язвы страўніка. Паправіўся.

12 хворых ня былі апярыраваны; з іх:

Катар страўніка і кішок (востры)	4
Сьвінцовая коліка	1
Тубэркулёз кішок	3
Глісты	1
Каліт.	3

Захварэньні простай кішкі:

Усіх захварэньняў простай кішкі	199
З іх:	
Гэмарой.	112
Вопухі простай кішкі	15
Раненьне выходніцы	3
Paraproctitis	11
Выпаданьне recti	18
Расколіна апі	14
Сьвішчаў выходніцы	24
Язва каля выходніцы	1
Запаленьне простай кішкі (proctitis)	1

З усіх хворых гэмароем не апярыравалася толькі 10 чалавек, з прычыны запаленьня кішок. Яны лячыліся кансэрватыўна.

Апярацыя гэмароя ва ўсіх выпадках рабілася пад мясцовай анэстэзіяй—пашырэньне сфінктара і перавязка вузлоў; калі адначасна былі расколіны, то яны сьсякаліся з паступовым накладаньнем швоў. Вонкавыя шышкі, скурныя, таксама сьсякаліся пасьля перавязкі. Сьмяротнасьць—0.

Па нацыянальнасьці разьмяркоўваліся наступным чынам: яўрэяў—57, беларусаў і інш. нацыянальнасьцяй—55. Мужчын 90, жанчын—22. Сялян 11; астатнія рамесьнікі, асобы інтэлігэнтнае працы і рабочыя.

Вопухі простай кішкі.

Рак	11
Меланасаркома	1
Паліпы простай кішкі	3

З 11 хворых ракам апярыраваліся 7; 4 выпісалася, як неапэрабільныя.

Ва ўсіх выпадках утваралася ампутацыя простай кішкі па Лісфранку. У адным выпадку апярацыя не даведзена да канца, у выніку вялікіх зрошчаньняў. Узрост хворых толькі ў хворага меланасаркомай 32 гады.

У астатніх вышэй 40 г. Жанчын — 3, мужчын — 8. З апярыраваных памёр 1, астатнія выпісаліся здаровымі.

З хворых з парапроктытамі адзін памёр, таму што абсцэс у яго быў піэмічнага паходжаньня. Астатнія паправіліся пасьля апярацыі.

З 18 хворых *выпаданьнем* простай кішкі апярыравалася 14. Наркоз часткова мясцовы, часткова агульны.

Апярацыі рабіліся такім чынам: праваджілася навакол anus'а тоўстая нітка кэтгута, або сухажыльлі кэнгуры, усяго зроблена—7 апярацый, прычым у адным выпадку папярэдадні была рэзэцыравана сьлізьніца выпаўшай часткі recti, у адным выпадку пасьля рэзэкцыі па Лісфранку былі праведзены два скурныя ласкуты, складзеныя ў трубачку ў тунэльныя хады каля anus'а.

Апярацыя Рен-Делорма—1.

Вырэзваньне сьлізьніцы пры нязначным выпаданьні recti 1.

З неапярыраваных — адно дзіця 2½ г. памёрла з прычны амярцьвеньня выпаўшай часткі recti ад зморанасьці.

Па ўзросту хворыя разьмяркоўваюцца наступным чынам: да 3 г.—3 ад 15—26—7; ад 35 і вышэй—8.

Расколіны выходніцы лячыліся вырэзваньнем з паступовым швом.

Сьвішчы выходніцы лячыліся ў большасьці выпадкаў высячэньнем іх з паступовым швом—15 выпадкаў; расьсячэньне з тампанадай—3; выскробваньне заведама тубэркулёзных сьвішчаў—4 і без апярацый з прычыны цяжкага тубэркулёзу лёгкіх—3.

Як на этыялёгічны момант пры сьвішчах recti, можна паказаць на пэрырэктальныя абсцэсы, якія выявіліся самастойна, запоры, гэмарой і тубэркулёз (пацьверджана гісталёгічным дасьледваньнем).

З раненьняў галіны выходніцы можна ўспамянуць аб адным выпадку, дзе ўтварыўся калавы і мачавы сьвішч. Хворы паправіўся без апярацыі.

Усіх хворых *непраходнасьцю кішок* было	76
З іх апярыравалася	57
Без апярацыі	19

З апярыраваных хворых па роду непраходнасьці хворыя разьмяркоўваюцца так:

Заварат сігмавіднай кішкі	14
Інвагінацыя кішок	12
Заварат тонкіх кішок	9
Непраходнасьць з прычыны злучэньня, зрошчваньняў, а таксама непраходнасьць, абумоўленая дывэрт. Мекеля	9
Шрамавыя звужэньні кішок	3
Непраходнасьць з прычыны ўнутранага ўшчамленьня	2
Непраходнасьць абумоўленая вопухамі	2
Coprostasis	1
Трамбоз судзін аточыны і амярцьвеньне ўсяго тонкага кішочніка	1
Непраходнасьць абумоўленая пэрытанітам	2
Зьявішчы непраходнасьці, выкліканай запаленьнем жоўчнага пухіра	2

З апярыраваных памёрла—22, што складае каля 40%.

Найбольшая сьмяротнасьць падае на заварат тонкіх кішок, а іменна: памёрла 6 з 9, прычым ва ўсіх памёршых кішочнік быў рэзка зьменены, у двух выпадках гангрэнозны (адзін 4-дзённы дзіцёнак з гіплязіяй тоўстых кішок). У двух выпадках пры апярацыі дыягнасцыра-

валіся злучэньні паміж кішкамі і прысьценкавай брухавінай; у адным дліна аточыны была больш нармальнай, у іншых выпадках прычыны завароту вызначыць не ўдалося. Апэратыўная дапамога прыводзіла да раскручваньня кішочніка і да разьяднаньня злучэньняў, пры гангрэне рабілася рэзэкцыя кішок. У 4-дзённага дзіцяці быў утвораны калавы сьвішч.

Пры завароце сыгмавіднай кішкі рабілася раскручваньне і фіксацыя яе. У 3-х выпадках была зроблена рэзэкцыя сыгмавіднай кішкі з адным сьмяротным вынікам, у адным — раскручваньне і анастамоз па Траянаву і ў адным—калавы сьвішч, з прычыны гангрэны кішкі.

Памёрла 3 з 14. Ва ўсіх амаль выпадках канстатавалася шрамавазьмененая аточына.

Пры інвагінацыі кішок рабілася распраўленьне і фіксацыя Coeci, пры немагчымасьці расправіць рабілася рэзэкцыя. Памёрла 6 з 12. У адным выпадку выяўлена было звужэньне (шрамавае) пры ўпаданьні ilei у Coecum. Рэзэкцый утворана 4—усе са сьмяротным вынікам. У адным выпадку, дзе інвагінат даходзіў да colon sigmoideum, быў утвораны калавы сьвішч;—вынік—таксама сьмерць. Амаль ва ўсіх выпадках інвагінацыі coecum была рухавая.

У двух выпадках быў аддалены appendix, павялічаны і са злучэньнямі. Працяжнасьць захварэньня—ад 2-х дзён да 2-х месяцаў.

Па ўзросту хворыя з інвагінацыяй разьмяркоўваліся наступным чынам: да 2-х год—2; ад 19—40—5; ад 40 і больш—5.

Пры непраходнасьці з прычыны спаек у шматлікіх выпадках канстатаваліся спайкі пасьля былых апяраций, пасьля апэндыцыту, альбо пэрытаніту. У двух выпадках непраходнасьць абумоўлівалася дывэртыкулам Мекеля. У двух выпадках прычыны спаек устанавіць не ўдалося. Ва ўсіх выпадках рабілася расьсячэньне спаек і, дзе трэба было, аддаляліся appendix альбо дывэртыкул Мекеля. Пры шрамавым звужэньні ў адным выпадку з прычыны тубэркулёзнай язвы быў зроблен entero-enteroanastomos, у другім—быў рэзэцыраван анастамаз з спайкамі навакол яго, якія абумоўлівалі непраходнасьць, у трэцім—была зроблена entero colostomi з прычыны шрамавага звужэньня пры ўпаданьні ilei у coeci. Пры непраходнасьці, абумоўленай вопухам, у адным выпадку вопух знаходзіўся ў colon pelvinum, тут быў пакладзены калавы сьвішч. У іншым выпадку непраходнасьць абумоўлівалася кістозным вопухам аточыны, зроблена высячэньне кісты і пракол іншых дробных кістаў.

З прычыны памылкі ў анамнезе адносна непраходнасьці, можна паказаць на наступнае:

У двух выпадках апэндыцыт быў памылкова прыняты за ileus. Далей, пэрытаніт пасьля пэрфарацыі кішочнай язвы нявысьвятленага паходжаньня зьмяшалі з заваротам.

Пры непраходнасьці з прычыны ўнутранога ўшчамленьня, высьвятліць характар ушчамленьня адзін раз не ўдалося. Пры непраходнасьці з прычыны трамбозу судзін аточыны на апярацыі была выяўлена перацяжка ў plica duodeno-jejunalis і гангрэна ўсяго тонкага кішочніка. Пасьля спробнай ляпаратоміі—сьмерць. У двух выпадках непраходнасьці было выяўлена запаленьне жоўчнага пухіра, прычым у адным былі невялікія злучэньні паміж кішкамі і жоўчным пухіром, у другім—пачынаючыйся пэрытаніт, пры моцна павялічаным, але без пэрфарацыі, пухіру.

З неапярыраваных хворых з зьявішчамі частковай непраходнасьці ўсе выпісаліся здаровымі пасьля высокіх клізмаў. Некаторыя з іх (3-е)

апарыраваліся пазьней з прычыны завароту сыгмавіднай кішкі. Па ўзросту хворыя разьмяркоўваліся наступным чынам: да 5 год—6; ад 5—20—4; ад 20—40—30; вышэй 40—34. Мужчын—54, жанчын—22. Яўрэяў—19, беларусаў і іншых нацыянальнасьцяй—96.

Гінеколёгічных хворых за 5 год было	75
З іх апарыравана	41
Апярацыі наступныя:	
Выпаданьне і апусканьне маціцы і похвы	12
Рабілася кальпарафыя альбо вэнтрафіксацыя.	
Па-за-маціічная цяжарнасьць	7
Вопухі маціцы і прывескаў	11
Выскробваньне з прычыны abortus incompletus	3
Штучны аборт	1
Elephantiasis vulvae	1
Запаліцельныя захварэньні прывескаў	5

Астатнія альбо лячыліся кансэрватыўна альбо пераводзіліся ў гінеколёгічнае аддзяленьне.

Усяго *вопухаў поласьці брухавіны* было ў клініцы	13
З іх апарыравана	4

Апярацыі абмяжоўваліся спробнай ляпаратоміяй, прычым выяўлен у адным выпадку рак аточыны абадочнай кішкі, у другім—расьсеяныя вопухі чапца, аточыны і брухавіны, у трэцім вопух падстраўнікавай залозы і ў чацьвертым—судзінны пульсуючы вопух (angioma), разьмешчаная ззаду ад страўніка, прычым судзіны на страўніку і кішках моцна пашыраны.

Хворыя, якія не апарыраваліся альбо адмаўляліся ад апярацыі, пераводзіліся ў тэрапэўтычную клініку альбо выпісваліся.

Хворых *пэрытанітам*	20
Апярыравана	13
З апарыраваных пэрытанітаў апэндыкулярнага паходжаньня	4
Пэрфарыраваных язваў кішочніка нявысьвятленага паходжаньня	3
Нявысьвятлена прычына гнойнага пэрытаніту	4
Тубэркулёзны пэрытаніт	2
Памёрла	6

З неапярыраваных—6, з тубэркулёзнымі пэрытанітамі і 1 з пэрытанітам, які выходзіць з плоцьцевай сфэры—усе выпісваліся з палепшаным станам здароўя.

Апэндыцыты.

За пяць год у клініцы было хворых запаленьнем чарвоватага прывеску—396 чал.

Колькасьць хворых па гадох	У 1923 годзе	64
	„ 1924 „	85
	„ 1925 „	100
	„ 1926 „	104
	„ 1927 „	43

Апярыравана—301.

Па стадыях хваробы:

1. Раньняя стадыя ў першыя 48 гадзін ад пачатку хваробы—36 хворых.

Памёрла 1—2,7%.

2. Прамежная стадыя 3—5 дні ўключна . . . . 11 хворых

Памёрла 3—27,2%

3. Позьняя стадыя з 6 дня і пазьней . . . . . 28 хворых

Памёрла 9—32,1%

4. Зімняя стадыя ня менш 6 тыдняў . . . . . 226 хворых ад апошняга прыступа

Памёрла—0

Хворыя па гадох, полу, узросту, нацыянальнасьці і занятках разьмяркоўваюцца наступным чынам:

Год	Пол		Узрост					Нацыянальн.			Заняткі			
	М.	Ж.	1—10	10—20	20—30	30—40	Ад 40 г.	Белар.	Яўр.	Інш.	Селянін	Рабочы	Служачы	Вучань
1923 . . .	39	25	—	17	28	12	7	7	38	19	7	33	16	8
1924 . . .	47	38	1	16	49	17	2	8	41	36	7	34	30	14
1925 . . .	46	54	4	12	59	16	9	40	29	31	36	39	17	8
1926 . . .	40	64	2	32	44	19	7	42	46	16	30	41	19	14
1927 . . .	21	22	1	17	19	3	3	26	14	3	14	13	8	8
Усяго . .	193	203	8	94	199	67	28	123	168	105	94	160	90	52

З нашага матар'ялу па частасьці захварэньняў апэндыцытам паміж мужчынамі і жанчынамі розьніцы правесьці нельга; мы маем амаль роўную колькасьць захварэньняў мужчын і жанчын.

Па ўзросту самым вялікім процантам захварэньня зьяўляецца ўзрост паміж 20—30 гадамі і памяншаецца як у бок больш маладога, гэтак і ў бок больш старога ўзросту.

Што датычыць нацыянальнасьці, то найбольшы лік хворых мы маем сярод яўрэяў, далей ідуць беларусы і потым іншыя нацыянальнасьці.

З нашага матар'ялу відаць, што гарадзкое насельніцтва часьцей хварае апэндыцытам; сяляне захворваюць апэндыцытам шмат радзей. У адносіне часу году мы маем больш хворых апэндыцытам у вясеньнія і асеньнія месяцы.

У клініцы за ўвесь пэрыяд зроблена 301 апярацыя з прычыны апэндыцыта. 95 хворых апярацыі не падлягалі, таму што большая частка з іх былі дастаўлены пасьля 48 гадзін ад пачатку прыступу.

Па клінічнаму малюнку ўсіх нашых хворых мы падзяляем на тры групы. Да 1-й групы мы адносім хворых, у якіх наглядаліся тыпічныя прыступы апэндыцыту, а паміж прыступамі яны не адчувалі ніякага болю. Такіх хворых было 68 проц.

Да 2-й групы мы адносім хворых з хваравітымі зьявішчамі паміж прыступамі ў галіне соесит. Такіх хворых было 20 проц.

Да 3-й групы намі аднесены хворыя, у якіх не адзначалася характэрных прыступаў апэндыцыту, але ў іх былі частыя ня рэзкія болі ў правай падуздышнай галіне са зьявішчамі непарадку з боку кішочніка, паносы, запоры. Такіх хворых было 12 проц.

З усіх нашых хворых мы мелі з адным прыступам апэндыцыту 58 працантаў хворых, з двума прыступамі—30 працантаў, з трыма прыступамі—30 працантаў і ад 4 да 6 прыступаў—3 працанты.

Па стадыях апэратыўнага ўмяшацельства хворыя разьмяркоўваюцца наступным чынам:

Раньняя апярацыя ў першыя 48 гадзін ад пачатку прыступу—мы мелі ў 36 хворых, якім у тэрміновым парадку рабілася appendectomia. Усе гэтыя хворыя хутка папраўляліся ад захварэньня, за выключэньнем аднаго, у якога ў часе апярацыі аддалены гангранозны прывесак, гэты хворы памёр.

Такім чынам процант сьмяротнасьці пры апярацыі ў першыя 48 гадзін ад пачатку захварэньня 2,7 проц. У 3,6 проц. апярыраваных ў раньняй стадыі мы мелі ўскладненьні пасьля апярацыі ў відзе нязначных нагнаеньняў у павярхоўных швох. У астатніх было первічнае зажыўленьне. Па аддаленьні appendix'а заўсёды рана закрывалася паслойна наглуха. У хворых-жа, у якіх апярацыя зацягвалася адшуканьнем прывеску, і былі відочныя зьявішчы мясцовага запаленьня, рана наглуха не зашывалася, а на 1—2 дні ўстаўляўся дрэнаж. Такіх хворых было 4,4 проц.

У зімняй стадыі, у хворых, у якіх ад апошняга прыступу прайшло ня менш шасьці тыдняў, зроблена 226 апярацый, з іх ня было ніводнай сьмерці. З ускладненьняў у 16 проц. хворых апярыраваных наглядалася невялікае нагнаеньне ў павярхоўных швох. Рана ва ўсіх зашывалася паслойна наглуха. На брухавіну і цягліцу кэтгут, апанэўроз шоўк, на скуру ў большасьці выпадкаў скобкі Мішэля. У прамежнай стадыі, г. зн. паміж 3—5 дзён уключна, зроблена 11 апярацый. Паказаньнямі да апярацый служылі зьявішчы пачынаючагася і нарастаючага пэрытаніту. Наглуха рана зашыта толькі ў аднаго, астатнім устаўляўся альбо дрэнаж альбо тампон. У гэтай стадыі памёрла 3 хворых—27,2 процанты ад пэрытаніту. Нарэшце, у позьняй стадыі, пачынаючы з 6 дня і пазьней, зроблена 28 апярацый. З іх памёрла 9, што дае 32,1 проц. сьмяротнасьці ад пэрытаніту. Паказаньнямі да апярацыі служыла наліча апэндыкулярнага абсцэсу і зьявішчы пэрытаніту. У адным выпадку выкрыцьцё абсцэсу зроблена на 45 дзень. У большасьці паміж 10 і 20 днямі. Пры апярацыях рабіўся разрэз, даходзілі да гнойнага ачагу, апэндыкс не адшукваўся. Устаўляўся дрэнаж. Рана звужалася. Павязка.

Усе апярацыі з прычыны апэндыцыту пераважна рабіліся з разрэзу па Mac Burney. Такіх разрэзаў пры appendectomii зроблена 259. 2 appendectomii зроблена з папярочнага разрэзу; 4 appendectomii з разрэзу па Ленандэру; 2 appendectomii па разрэзу па Pfanenstill'ю і 6 appendectomii з срадзіннага разрэзу пры іншых апярацыях у брухавіннай поласьці.

Макраскапічна ў 80 працантаў аддалёных анэндыксаў знойдзены зьмены ў відзе: утаўшчэньня, зрашчэньняў, перацяжак і г. д. У 13 выпадках знойдзены калавыя каменьні, у 8 выпадках axyuris vermicularis, у адным выпадку карэньчыкі лентачнай глісты. У астатніх макраскапічных зьмен ня знойдзена.

Выкрыцьце абцэсаў рабілася з разрэзу па Mac Burney двух выпадкаў з срадзіннага разрэзу. Што датычыць наркоза, то 89 працантаў усіх апярацый зроблена пад агульным хлёраформавым наркозам: асаб-

ліва гэта датычыць да першых трох гадоў работы клінікі. Ужо з 1926 году 11 процантаў усіх апярацый зроблена пад мясцовай анэстэзіяй. 4 апярацыі зроблена пад агульным эфірным наркозам.

Хваробы нырак.

1. Вопух ыркі	6
2. Падскурны разрыў ныркі	1
3. Падкоавідная нырка	1
4. Каменьні нырак	8
5. Рухавая нырка	6
6. ТВС ныркі	7
7. Паранэфрыт	25
8. Піанэфроз	2
9. Агнястрэльнае раненьне ныркі	1
10. Colica renalis піэліты, гематурыя	11
11. Ныркавы сьвішч	1
Усяго	70

Апярацый зроблена	34
1. Нэфрактомія	4
2. Нэфратомія	1
3. Extirpatio tumoris	1
4. Laporotomia explorativa	3
5. Lumbotomia explor	2
. Pyelotomia explor	1
7. Pyelotomia з аддаленьнем каменьняў	1
8. Дэкапсуляцыя ныркі	1
9. Разрэзы	20
Усяго	34

Хваробы мачавога пухіра і мочаспуску.

Катар мачавога пухіра	10
Парэз „ „	1
Дывэртыкул. мач. пухіра	1
Каменьні мач. пухіра	7
Вопухі	9
Пухірна-пахавыя сьвішчы	1
Звужэньняў мачаспуску	1
Мачавы сьвішч прамежжа	1
Усяго	43

Апярацыі на мачаплоцьцевых органах.

Sectio alta	12
Amputatio penis	3
Высячэньне preputi	1
Апяр. hydrocel по Winkelman'у	37

Апяр. пры spermatolle	2
Кастрацыя	15
Перавязка vas. deferens	26
Разрэзы scroti et penis	6
Перасадка мачаточніку	1
Перасадка яечка па Воранаву	2
Uretrotomia interna	2
Усяго	107

Кілы.

Усяго хворых кіламі было за пяць год 558. Узрост хворых—ад 2 да 80 год. Найбольшая колькасьць прыходзіцца на ўзрост ад 20 да 40 г. Большасьць хворых (70%)—людзі фізычнае працы, пераважна сяляне. Мужчын у 4-5 разоў болей, чым жанчын.

Табліца хворых кілаю.

		Апярац.
1. Пахавых кіл аднабаковых	327	315
2. „ „ двухбаковых	59	54
3. Бядровых кіл	31	29
4. Пупковых	10	10
5. Белай лініі	23	23
6. Пасьляапярацыйных	18	15
Усяго	468	446

Ушчэмленыя кілы.

1. Ушчэмленых пахавых кіл	61	61
2. „ бядровых кіл	23	23
3. „ кіл белай лініі	2	2
4. „ „ пупковых	2	1
5. „ „ запірацельных	1	1
6. „ „ перагародкавых	1	1
Усяго	90	89

Усяго кіл . . 558. Апярацый—535.

Усіх апярацый з прычыны захварэньня кіламі было 535: з іх палова была зроблена пад мясцовай энэстэзіяй (1/4% novocoin). Апошнія гады кіласечаньні ўтвараюцца выключна пад мясцовай анэстэзіяй. Пахавыя кілы апярыруюцца па спосабу Жырара, які, бязумоўна, мае шмат пераваг перад спосабам Басіні. Пры бядровых кілах вонкавае атворына бядровага канала зачынялася прышываньнем lig. Poucarti да fascia pectinea et mus. pectineus. Бядровыя кілы нярэдка апярываліся праз пахавы канал. Пупковыя кілы мы па магчымасьці апярывалі, зашываючы апонэўроз вузлавымі швамі ў некалькі радкоў. Швы здымаліся на 7-мы дзень пасьля апярацыі, пасьля чаго хворым дазвалялася хадзіць. У 6 выпадках пры пахавых кілах было зроблена апярацыя па Басіні. У 3-х выпадках з прычыны рэцыдываў кілы, адзін раз пры кіле, камбінаванай з вадзянкай семяннога канаціка. Раз быў ужыты ў дзіцяці

2 год спосаб Чэрні. З асаблівасьцяй пры опярацыях кіласячэньняў трэба адзначыць наступнае: 10 разоў была зроблена пры кіласячэньнях апэндэктомія. У 3-х выпадках была зроблена адначасна кастрацыя з прычыны атрофіі яечка і разьмяшчэньня яго ў пахавым канале. 10 разоў быў часткова рээцыраван чапец, шчыльна зрошчаны з кілавым мяшком. Адначаснае існаваньне кілы і вадзянкі семяннога канаціка было 5. Адзін раз мы мелі склізячую кілу, якая была ўтворана сьляпой кішкой. У адным выпадку пры апярацыі рэцыдыву пахавай кілы быў пашкоджаны дывэртыкул мачавога пухіра. Адзін раз мелі няўпраўную бядравую кілу ў жанчыны, дзе быў рээцыраван пры апярацыі зьменены чапец. Адзін раз у пахавым канале была выяўлена кіста lig. rotundi. Неабходна таксама адзначыць выпадак сьмерці пасьля апярацыі вентральнай кілы, пры якой быў сьвішч Urachus'а (пры апярацыі быў высечаны сьвішч да пухіра, апошні абшыты 2-хпаверхавым швом, была выкрыта брухавінная поласьць. Сьмерць ад пэрытаніту). Гэта быў адзінічны выпадак сьмерці. Больш сьмяротных выпадкаў з прычыны апярацыі няўшчэмленых кіл ня было.

Ушчэмленых кіл было апрырывана 89. Большасьць хворых паступала ў клініку ў першыя суткі ўшчамленьня 59 ч. На другія суткі паступіла 8 хворых.

На 3 суткі	9 хворых
„ 4 „	6 „
„ 5 „	1 „
„ 6 „	2 „
„ 7 „	1 „
„ 8 „	1 „
„ 9 „	1 „
„ 15 „	1 „

З асаблівасьцяй пры апярацыях ушчэмленых кіл трэба адзначыць Калавых сьвішчаў было накладзена 5 (2 інцызіі калавых флегмон). Рэзэкцый кішок і чапца было 10. Інвагінацый зьмененых няпэўных месц ушчэмленай кішкі было 4 (з іх адзін раз было зашыта пэрфарацыйнае выйсьце). Сьмерці пасьля апярацый ушчэмленых кіл было 8, г. зн. 8,8%. Выпадкі сьмерці наступныя. Сьмерць пасьля позна-апрырыванай (на 7 суткі) ушчэмленай кілы—быў накладзены калавы сьвішч. Адзін выпадак сьмерці пасьля апярацыі ўшчэмленай пахавай кілы з наліччам пэрытаніту. Сьмерць на другі дзень пасьля апярацыі пасьля рэзэкцыі 2 аршын кішок і накладаньня калавага сьвішча. У адным выпадку хворы загінуў на 5 суткі пасьля апярацыі ўшчэмленай кілы даўнасьцю 6 сутак. Адзін выпадак сьмерці на 9 суткі пасьля апярацыі пры зьявішчах пэрытаніту і моцнага нагнаеньня і распаду ў апэрацыйнай ране. Адзін раз была апрырывана пахавая кіла на 15 дзень ушчамленьня. Хворая паступіла з цяжкімі зьявішчамі ileus'у і гангрэнознай ранай у паху. Пры ляпаратоміі выяўлена, што ў кілавым кольцы ўшчэмлена пятля тонкай кішкі. Зроблена ileo-transversostomia—сьмерць. Адна сьмерць была пасьля інцызіі калавай флегмоны пры ўшчамленьні, якое працягвалася 4 дні. Адна сьмерць—пасьля позна-апрырыванай запірацельнай кілы. Адна жанчына памёрла з ушчэмленай пупковай кілой без апярацыі, таму што была дастаўлена паміраючай. Апроч памянёнай ляпаратоміі, была зроблена яшчэ адна ляпаратомія пры зьявішчах ileus'а, пры якой была пазнана ўшчэмленая кіла, тады другім разрэзам была зроблена герніатомія. У адным выпадку было рээцыравана $^3/_4$ аршына тонкай кішкі і частка чапца, другі раз—25 см. кішкі

і амаль увесь чапец, раз 10 см. і раз 8 см. Ва ўсіх гэтых выпадках хворыя паправіліся. Быў апярыраваны адзін выпадак перагародкавай кілы, дзе была рэзэцыравана тоўстая кішка, якая ўшчамілася ў выйсьці перагародкі. Хворы выздаравеў. У нас было некалькі выпадкаў выздараўленьня пасьля позна-ўтвораных апярацый на 9-ы, 8-ы, 6-ы дзень ушчамленьня. Адзін выпадак быў апярыраваны з прычыны хранічнага калавага ўшчамленьня ў кіле.

Нагнаеньняў пасьля апярацый кіласячэньняў было 6 проц., ня лічачы дробных нагнаеньняў у адзіночных скурных швох. Гематомы пасьля апярацыі былі ў 10 проц. Гематомы лячыліся праколам альбо разрэзам у першыя дні пасьля апярацыі аддаленьнем згарнуўшайся крыві, а далей—цяплом. Пнэймоній пасьляаперацыйных было 3,5 проц., нязначных пасьляаперацыйных бранхітаў, якія давалі невялічкія каротка-тэрміновыя павышэньні тэмпэратуры было ў два разы больш. Пры лячэньні калавых сьвішчаў лепшым спосабам зьяўляецца ляпаратомія, рэзэкцыя кішкі з боку брухавіннай поласьці, злучэньне канец у канец і аддаленьне калавага сьвішча разам з рэзэцыраваным канцом кішкі.

Захварэньняў пярэдняй сьценкі жывата.

Удары і раненьні	17
Абсцэсы	20
Флегмоны	6
Вопухі	5
Іншыя захварэньні	8

Апярацыі.

Jncisio	24
Extirpatio	6
Laporotomia	10
Усяго	40

Захварэньні галіны сьпіны.

Удары	11
Пераломы хрыбта	2
Раненьні	9
Апёкі	10
Карбункулы	3
Абсцэсы	2
Флегмоны	3
Астэаміэліт хрыбта	1
Спандыліты	23
Вопухі	4
Іншыя захварэньні	10

Апярацыі пры захварэньнях сьпіны.

Jncisio	16
Extirpatio	6
Oper Albée	6
Oper Henle-Wittmanna	1
Усяго	29

Верхнія канцавіны.

	1923 г.	1924 г.	1925 г.	1926 г.	1927 г.	Памёрла	Усяго
Хворых было . .	34	30	54	40	23	—	181
З іх памёрла . .	—	—	2	3	—	5	—

Па нацыянальнасьці:

а) Беларусаў 151
б) Яўрэяў 23
в) Палякаў 2
г) Іншых нацыянальнасьцяй . . . 5

Разьмеркаваньне па ўзросту:

	Мужчын	Жанчын	Усяго
Ад 1 году да 5 год . .	—	—	—
„ 5 „ „ 10 „ . .	10	3	13
„ 10 „ „ 20 „ . .	28	16	44
„ 20 „ „ 30 „ . .	39	11	50
„ 30 „ „ 40 „ . .	27	3	30
„ 40 „ „ 50 „ . .	18	7	25
„ 50 „ „ 60 „ . .	8	2	10
„ 60 „ „ 70 „ . .	4	—	4
„ 70 і больш	4	1	5

Па захварэньню хворыя разьмяркоўваліся так:

А. Захварэньне плячавога сустава і пляча.

Застарэлыя вывіхі ад 3 тыдняў да 2-х месяцаў	3
Пераломы пляча	19
Пэрыостыты	2
Остэоміэліты	10
ТВС пляча	3
Саркома	2
Arthritis purul.	1
Флегмоны	4
Агнястрэльныя раненьні	10
Нажавыя „	4
Шрамы пасьля апёкаў	2
„ „ раненьняў (causalgii)	6
Melanosarcoma cutis humeri	1
Пераломы Colli humeri	2
Удары	1
	70

Б. Захварэньні лакця.

Застарэлыя вывіхі ад 3 тыдняў да 3-х месяцаў	4
Раненьні	5
Остэоміэліты	4
ТВС	4
Бурсіты	2
	19

В. Захварэньні прадплечча і лучазапястнага суставу:

Пераломы прадплечча	19
Вывіхі лучазапясьця	1
„ прадплечча	4
ТВС „	1
„ кісьці	1
Саркомы прадплечча	1
Агнястрэльныя раненьні прадплечча	7
Апёкі прадплечча	5
Тэндавагініты	4
Флегмоны прадплечча	4
Ангіома кісьці	1
	48

Г. Захварэньні кісьці і пальцаў.

Раненьні	35
Кантрактуры пасьля апёкаў	6
ТБС кісьці	2
Остэоміэліты	2
Флегмоны	6
Саркома	1
	52

Утвораны наступныя апярацыі:

1.	Jncisio	20
2.	Перасадка—па Цірпу	1
3.	Высячэньне шрамаў пасьля апёкаў пляча	2
4.	Tendolysis et plastica fasc. lata пры шрам. зьведз. пальцаў	2
5.	Шво мягкіх тканін пры раненьні пляча	1
6.	„ „ „ „ „ кісьці	10
7.	„ сухажыльляў пры раненьні лучазапясьця	3
8.	. . . ангіомы прадплечча	1
9.	. . вопуху прадплечча пры ТВС сухаж. влагал.	1
10.	. . меланасаркомы скуры пляча	1
11.	. . Саркома кісьці	1
12.	Ампутацыя пальцаў пасьля траўмы	3
13.	„ кісьці „ „	1
14.	„ прадплечча пры саркоме кісьці	1
15.	Ампутацыя прадплечча пры ўскладненых пераломах	8
16	Ампутацыя humeri „ „ „	1
17.	Exarticulatio humeri пры агнястрэльных раненьнях	2
18.	Exartic. humeri пры ТВС	1
19.	Debridement пры раненьні кісьці	6
20.	„ „ „ лакця	1
21.	Excochleatio пры ТВС кісьці	1

22.	Excocheatio пры остэоміэлітах кісьці . . .	1
23.	. . . остэоміэлітах лакця . . .	1
24.	Excochleatio TBC olecrani	3
25.	„ TBC пляча	1
26.	Extirpatio бурсы лакця	2
27.	Упырскваньне іодофэмульсіі пры TBC olecrani .	1
28.	Выцяжэньне па спосабу закруткі пры кантрактурах пальц	2
29.	Artrotomia пры artritis сустава пляча. . .	1
30.	Ligatura art brach. пасьля раненьня . . .	2
31.	Ligat. art radialis пры рэзанай ране прадплечча .	1
32.	Lig. art ulnaris пры рэзанай ране прадплечча .	1
33.	Cekvecrromomia пры остэоміэліт прадплечча . .	2
34.	Sequestrotomia пры астэоміэліт пляча . .	2
35.	Упраўленьне вывіху пляча па Кохеру . .	1
36.	„ „ лакця	1
37.	Крывавае ўпраўленьне застарэлых вывіхаў пляча па Долінгеру	2
38.	Крывавае ўпраўленьне застарэлых вывіхаў луча-запясьця	1
39.	Крывавае ўпраўленьне застарэлых адломкаў пры fractura colli humeri	3
40.	Крывавае ўпраўленьне адломкаў пры застарэлых пераломах пляча	1
41.	Павязак выт. пры пераломах пляча . . .	4
42.	Крахмально-шынная павязка пры перал. пляча .	5
43.	„ „ „ „ „ прадплечча.	4
44.	Гіпсавая павязка пры перал. пляча . . .	2
45.	„ „ „ кантрактуры лакця . .	1
46.	Костны шоў пры застар. перал. пляча . .	1
47.	Выцяжэньне пры ўскладн. перал. пляча . .	3
48.	Адаленьне кулі пры раненьні пляча . .	1
49.	„ „ „ „ лакця . .	1
50.	„ інародн. цела (дроту) пры ложн. суставе.	1
51.	Шоў нэрваў пры раненьні	3
52.	Neurolysis пасьля быўш. раненьня пляча . .	7
53.	Resectio cubiti пры анкілозе лакця . . .	1
54.	Удал. экзастоза пасьля пераломy ulnae . .	1
55.	Перавязка ветвяў n. musc. cutan пры спастыч. нарэзе цягліц пляча	1
56.	Прамываньне Riwanol'em пры arthritis лакця . .	1
57.	„ па Бязрэдка пры Lymphaden acuta .	1
58.	„ жыжк. Клумскага пры TBC пляча .	1
		137

Сьмерці ад:
1) Sepsis'a пры перал. пляча малацілкаю . . . 1
2) Sepsis укус каня 1
3) Tetanus пры раненьні прадплечча шротам (пры зьявішчах аслупяненьня) 1

4) Газавай гангрэны – раненьня пляча шротам . . 1

5) Агульнага маразму і пасьлягрыпознага гнойнага остэоміэліту пляча 1

5

Сьмяротнасьць—2,3%

Ніжняя канцавіна.

За 5 год праз клініку прайшло 671 чал.

Па гадох хворыя разьмяркоўваліся наступным чынам:

У 1923 г.	143
„ 1924 г.	147
„ 1925 г.	111
„ 1926 г.	192
„ 1927 г.	78

Па захварэньнях.

1) Остэоміэлітаў:	Лагва	1
	Бядра	53
	Калена	3
	Галёнкі	67
	Ступы	15
2) Тубэркулёз:	Лагвабядровага сустава	35
	Ступы	14
	Каленнага сустава	30
	Галёнкасьпін. сустава	21
3) Раненьні і ўдары:	Калена	14
	Бядра	10
	Галёнкі	19
	Ступы	7
4) Вывіхі:	Логавых касьцей	2
	Лагвабядровага сустава	5
5) Пераломы неўскладненыя:	Бядра	58
	Галёнкі	48
	Ступы	2
6) Пераломы ўскладненыя.	Patellae	4
	Бядра	2
	Галёнкі	3
7) Вопухі добраякасныя:	Бядра	3
	Галёнкі	2
	Ступы	4
8) Вопухі злаякасныя (саркомы):	Бядра	4
	Галёнкі	5
	Ступы	1
9) Ostitis fibrosa		1

10) Гангрэна:	Галёнкі	9
	Ступы	19
	Бядра	1
11) Гангрэны траўматычныя:	Галёнкі	1
	Ступы	2
12) Элефанціазіс		13
13) Флегмоны, абсцэсы, язвы:	Бядра	24
	Галёнкі	35
	Ступы	11
14) Varices		36
15) Газавая гангрэна		2
16) Апёкі:	Бядра	3
	Галёнкі	2
	Ступы	5
17) Адмарожаньні:	Галёнкі	2
	Ступы	10
18) Pes varus		13
19) Pes valgus		2
20) Hülux valgus		12
Гоніты гнойныя:	Прав.	12
	Лев.	11
22) Гнойнае запаленьне галенаступнага сустава		3
23) Гоніты траўматычныя		2
24) Іншыя захварэньні		24
	Усяго	671

Апярацыі на ніжняй канцавіне:

Усяго . . . 587.

1. Інцызіі		86
2. Рэзэкцыі суставаў		32
3. Сэквэстратоміі		43
4. Ампутацыі па:	Sritti	26
	Біру	9
	Пірогаву	1
	Сакалоўскаму	2
	Кругавым спосабам	20
5. Экзартыкуляцыі		6
6. Трэпанацыі касьці з прычыны вострых астэоміэлітаў		10
7. Апярацыі Вавсок'а		28
8. Лімфангіёпластыка:	па Сакалоўскаму	5
	„ Рауг	1
	„ розным спосабам	3
9. Апярацыі Охтоп'а		2
10. Артратоміі		2
11. Артрадэктоміі па Кохэру		1

12. Апярацый пры (хвароба Littl'я) 1
13. Остэатомій 1
14. Плястыка па Цыршу 4
15. Упраўленьне вывіхаў некрывавым спосабам . . 4
16. Іншых апярацый 177
17. Гіпсавых павязак 115
18. Крывавых упраўленьняў вывіхаў . . . 5

Памёрла 33 чал. альбо 4,9%.

За справаздачны пэрыяд былі надрукаваны работы, якія можна разьмеркаваць на наступныя групы:

Па пытаньнях агульнай хірургіі.

1. *Цыпкін.* Аб інфэнцыраваньні скурных швоў. Нов. Хір. Ар, 1925 г. 2. *Бонч-Асмалоўская.* Лячэньне рыванолам гнойных ран. Бел. Мэд. Думка. 3. *Карзон.* Рэакцыя Devis'a пры раку. Новая Хірургія, 1928 г. 4. *Цыпкін.* Выпадак пераломy костнага трансплантату. Новая Хірургія, 1926 г. 5. *Мангейм і Цыпкін.* Аб уплыве спленектоміі на зажыўленьне костных пераломаў Arch f. klin Chir, 1927 г. 6. *Занеўскі.* Аб захвараемасьці рабочых і служачых г. Менску хірургічнымі хваробамі па даных першай амбуляторыі. Бел. Мэд. Думка, 1924 г.

Хваробы галавы.

7. *Сакалоўскі.* Раненьні галавы ў даваенны час. Новая Хірургія 1929 г. 8. *Сакалоўскі і Мангейм.* Аб раненьнях чэрапа ў абставінах мірнага часу. Бел. Мэд. Думка, 1926 г. 9. *Сакалоўскі.* Аб хірургічным лячэньні Hydrocephalus internus, Нов. Хірургія, 1928 г. 10. *Сакалоўскі і Іргер.* Лімфэнгіёплястыка ніжняга рогу бакавога страўнічка, як мэтад лячэньня пры Hydrocephalis intern. Zent. blat f. Chir, 1929, 1926, № 44. 11. *Сакалоўскі.* Аб плястыцы дэфэктаў цьвёрдай мазгавой абалонкі чапцом. Ноз. Хір. Арх., 1925 г. 12. *Цыпкін і Мангейм.* Вольная аўтаплястычная перасадка храшча. Даклад на 17 Зьезьдзе Руск. Хірург., 1925 г. 13. *Цыпкін і Мангейм.* Храшчавая краніёплястыка. Врачебное дело, 1925 г. № 20. 14. *Цыпкін і Мангейм.* Матар'ялы да вывучэньня храшчавой краніёплястыкі. Праца БДУ, № 8—10. 15. *Цыпкін і Мангейм.* Позьнія вынікі храшчавой плястыкі. Arch. f. klin. Chir, 1927 г.

Хваробы грудзі.

16. *Д-р Іргер.* Аб пульсуючых абсцэсах грудной поласьці на грунце тубэркулёзу. Збор, прысьвечаны Трынклеру. 17. *Цыпкін.* Аб лёсе костных трансплянтатаў пры апярацыі Ольбі. Бел. Мэд. Думка, 1926 г.

Хваробы органаў жывата.

18. *Сакалоўскі.* Да пытаньня аб апярацыйным лячэньні траўматычных перагародкавых кіл. Нов. Хір. Арх., 1926 г. 19. *Сакалоўскі і Шапіра.* Аднапавярховы вузлавы шоў па Біру пры апярацыі страўнікавакішочнага злучэньня. Даклад на 16 Зьезьдзе Руск. Хірург. (Працы Зьезду). 20. *Шапіра.* Да спрошчаньня тэхнікі накладаньня страўнікавакішочнага злучэньня. Мас. Мэд. Жыцьцё, 1923 г. 21. *Шапіра.* Раньняя

апярацыя пры вострых апэндыцытах. Бел. Мэд. Думка, 1921 г. 22. *Сакалоўскі.* Вузлавы альбо непарыўны шоў пры апярацыі страўнікава-кішочнага злучэньня. Нов. Хір. Арх., 1926 г. 23. *Сакалоўскі.* Аб элімінацыі бактэрый з брухавінай поласьці. Дысэртацыя. 24. *Шапіра.* Да пытаньня аб пасьляаперацыйных унутрыбрухавінных зрошчаньнях. Нов. Хір. Арх., 1924 г. 25. *Шапіра.* Да пытаньня аб пробадных язвах страўніка. Врачебное дело № 6, 1926 г. 26. *Мангейм.* Аб дрэнажы пры вострым апэндыцыце. Врачебная газета, 1926 г. 27. *Мангейм.* Хірургічнае лячэньне ў дзіцячым узросьце. Пэдыятрыя, 1928 г. 28. *Мангейм.* Паліпы простай кішкі ў дзіцячым узросьце. У рэд. Нов. Хірург. Арх. 29. *Мангейм.* Да сымптоматалёгіі і дыягностыцы дзіцячага апэндыцыту. У рэд. Врачебная газета, 1928 г. 30. *Занеўскі.* Аб падскурных пашкоджаньнях ныркі. Бел. Мэдычн. Думка, 1925 г. 31. *Мангейм.* Выпадак агнястрэльнага раненьня ныркі. Бел. Мэд. Думка, 1926 г. 32. *Хургін.* Аб урабіліне пры апэндыцыце. У рэд. Врачебное дело. 33. *Бонч-Асмалоўская.* Сьвішчы простай кішкі. У рэдакцыі Нов. Хір. Арх.

Канцавіны і плоцьцевыя органы.

34. *Хургін.* Аб слановасьці вагіны. Бел. Мэд. Думка, 1927 г. 35. *Сакалоўскі.* Лімфангіёплястыка, як мэтад лячэньня слановасьці. Даклад на 16 Зьезьдзе Руск. Хір. (Працы Зьезду). 36. *Сакалоўскі.* Лімфангіёплястыка, як мэтад лячэньня слановасьці Zent bl. f. Chirurg. 1925 г. 37. *Сакалоўскі.* Аб адным відазьмяненьні пры костнаплястычнай ампутацыі галёнкі па Біру. У рэдакцыі часопісу Нов. Хір. Арх. 38. *Сакалоўскі.* Аб костнаплястычнай ампутацыі ступы з скурным ласкутом. У рэдакцыі часопісу „Сучасная Хірургія". 39. *Шапіра.* Аб аднэй мадыфікацыі пры апярацыі па Бабкоку пры пашырэньні венаў. Zent bl. f. Chirurg. 1926 г. 40. *Мангейм.* Гангрэна машонкі і плоцьцевага члена. Врачебная газета, 1926 г. 41. *Мангейм і Цыпкін.* Крэпітыруючы тэндавагініт, як прафэсыйнае захварэньне. Бел. Мэд. Думка, 1925 г. 42. *Іргер.* Уліяньне, перавязкі vas deferens на яечка і прастату. Дысэртацыя, 1927 г. Менск. 43. *Іргер.* Да пытаньня аб слановасьці на грунце тубэркулёзу. Нов. Хір. Арх., 1926 г.

Іншыя працы.

44. *Сакалоўскі.* Кароткае кіраўніцтва па апэрацыйнай хірургіі. Менскае Выд. Выкбюро студ. 45. *Сакалоўскі.* Як скарыстаць звонкавы трансфарматар і выпрастацель. Л. В. для мэдычных мэт. Часоп. „Сучасная Хірургія", 1928 г. 46. *Мангейм.* Справаздача аб дзейнасьці Шпітальнай Хірургічнай Клінікі за 1922 і 1923 г. г. Мэд. Бел. Думка, 1924 г. 47. *Сакалоўскі.* Справаздача аб дзейнасьці 2-й Хірургічнай клінікі за пяць год 1923—1927 г. Працы БДУ, 1929 г.

Пратаколы канфэрэнцый дактароў клінікі нэрвовых хвароб Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту за 1928-29 год.

Старшыня: праф. **М. Кроль.**

Пасяджэньне 17-га студзеня 1928 г.

Д-р П. Каравайчык. Дэманстрацыя хворага Б. са зьявамі фунікулярнага міэліту.

Хворы 42 г. Скардзіцца на слабасьць рук і ног. Першыя зьявы 10 год назад: парэстэзіі ў левай назе, слабасьць у ёй, боль у паясьніцы. 3 г. назад началося паступовае нарастаньне слабасьці рук і ног з болямі ў шыі.

Об'ектыўна: унутраныя органы, кроў, мача, страўнікова сок—N. Маецца солітэр. Аслабленьне верхніх канцавін, спастычны парэз ніжніх. Атрафій няпрыметна. Нярэзкае колькаснае зьмяншэньне электрараздражлівасьці ў цягліцах канцавін. Парушэньне каардынацыі ў верхніх і ніжніх канцавінах. Рэзкі Romberg. Паніжэньне ўсіх павярхоўных адчуваньняў у верхніх канцавінах і ўніз ад D_{10}, больш рэзка ў дыстальных аддзелах канцавін. Рэзкае парушэньне глыбокага адчуваньня. Паніжэньне вібрацыйнага адчуваньня толькі ў дыстальных аддзелах ніжніх канцавін, больш зьлева. Высокія сухажыльныя і накосьнічныя рэфлексы, ніжнярадыяльны справа жывей. Брушныя—блізка адсутнічаюць. Babinski—з двох бакоў. RW у крыві і сьп.-мазг. жыжцы—О. Плеоцытоз у сьп.-мазг. жыжцы—$^{20}/_{3}$, слабая опалесцэнцыя Nonne і Pandy. Рэнтгэназдымак шыйнае і паясьнічнае часткі хрыбта—N.

Дакладчык выказваецца за фунікулярны міэліт, не адхіляючы цалком магчымасьці абмежаванага мясцовага працэсу ў шыйнай частцы.

Д-р Д. Маркаў паведамляе аб выпадку ў Cassirer'а, калі замест фунікулярнага міэліту па апэрацыі аказалася псаммома.

Праф. М. Кроль. Дыягназ фунікулярнага міэліту можна ставіць толькі пры выключэньні іншых хвароб. Тут-жа выключыць шыйны tumor альбо caries цяжка.

Д-р Ф. Багарад. Рэфэрат аб разьмякняньнях кары ў раёне art. fossae Sylvii (па кніжцы Maurice-Levy: „Les rammollissements Sylviens").

Пасяджэньне 30-га студзеня 1928 г.

Праф. М. Кроль. Дэманстрацыя мазгоў хворага Р. (Tumor lobi frontalis sin).

Хвораму Р. была зроблена дэкампрэсыўная апэрацыя з прычыны мяркуемае нарасьці ў лобнай долі. У клінічным малюнку меліся толькі сымптомы павышанага ўнутрычарапнога ціску. Лёкальныя сымптомы блізка адсутнічалі і таму думка больш скіроўвалася ў бок правае лоб-

нае долі. Аднак хворы заўсёды хапаўся за левую палавіну лобу і пры пастукваньні малатком таксама адзначаў большы боль зьлева. На аўтапсіі сапраўды была знойдзена інфільтратная гліома ў глыбі левае лобнае долі. Пры беднасьці лёкальных сымптомаў і пры сталым характары апісанага сымптому яму трэба надаваць лёкалізацыйнае значэньне, ня гледзячы на яго суб'ектыўнасьць.

Д-р І. Бэйлін. Выпадак Spondylosis rhizomelica (Strumpell-Marie) з удзелам сьпінных мазгоў і абалонак.

Хворы Р. пастуліў са скаргамі на слабасьць рук і левае нагі. Разьвіцьцё паступовае. Об'ектыўна: нязначны кіфоз у ніжняй грудной частцы хрыбта з рэзкім пераходам у лёрдоз. Маларухомасьць хрыбта і правае плечавое суставы. Абмежаваньне актыўных рухаў верхніх канцавін больш правае, абмежаваньне пасыўных рухаў толькі ў плечавых суставах, больш справа. Аслабленьне пераважна дыстальных аддзелаў і больш справа. Актыўныя рухі ніжніх канцавін здавальняючы па абхвату (за выключэньнем пальцаў правае нагі), аслаблены па сіле. Спастычна-парэтычная хада. Атаксія ў верхніх канцавінах. Некаторае западзеньне міжкосных прамежкаў на верхніх канцавінах і левай ніжняй. Тут-жа паніжэньне электраразадражлівасьці без RD. Паніжэньне павярхоўных адчуваньняў ад $Д_5$ уніз, вібрацыйнага адчуваньня ў правых канцавінах, глыбокага адчуваньня—пераважна ў верхніх канцавінах. Жывыя каленныя рэфлексы, адсутнасьць рэфлексаў з m. m. bicipites. Babinski часьцей зьлева, Россолімо з абодвых бакоў. Адсутнасьць брушных і крэмастэравых рэфлексаў. У крыві: лімфацытоз 40%, у сьпінна-мазговай жыжцы дадатнія глабулінавыя рэакцыі, плеоцытоз $^{30}/_{3}$, „Goldsol" па тыпу паралітычнае крывое. RW—0 (у крыві і сьп.-м. ж.). На рэнтгэнздымку: дэфармацыя fossae glenoidalis правае плечавое суставы, звужэньне цела VI шыйнае хрыбеткі, сакралізацыя V паясьнічнае хрыбеткі.

Дакладчык выказваецца за spondylosis rhizomelica (форму Strumpell Marie) з удзелам абалонак, хоць tumor выключыць цяжка.

Д-р Д. Маркаў: spondylosis rhizomelica дужа магчымы. Адхіліць з пэўнасьцю lues (Pachymeningitis cervicalis hyper troplica)? таксама цяжка. Без уцягненьня абалонак цяжка вытлумачыць плеоцытоз, бялковыя і кальлёідныя рэакцыі.

Праф. М. Кроль: супроцьs pondylosis rhizomelica ў данным выпадку ёсьць, можа, болей, чым за: занадта хуткае цячэньне, адсутнасьць боляў, характэрных зьмен у суставах, болі ў суставах. Рэнтгэнздымак няясны ў сэнсе налічнасьці характэрных для spond. rhizom. разрэджаньняў хрыбетак і адкладаў у вязах. Spond. rhizomel, як клінічная форма, адмежаваны ня зусім ясна, але ўсё-жа зьявы з боку сьпіннамазговае жыжкі для яго нехарактэрны, і таму стары запальны працэс няяснае этыёлёгіі выключыць цяжка.

Пасяджэньне 7-га лютага 1928 г.

Д-р Д. Маркаў. Дэманстрацыя амбуляторнага хворага з сямейным трэмарам.

Хворы Х., яўр., піяніст, страдае трэмарам рук і галавы. Трэмар узмацняецца перад публічнымі выступленьнямі. У сямейным анамнэзе адзначаецца: падобны трэмар у чатырох сясьцёр, шматдзетнасьць і доўгавечнасьць. Выпадак можа быць аднесены да апісанае С. Міпором групы: Tremor multiparus macrobioticus.

Д-р. Д. Маркаў. Гіпэркінэзы пры полінэўрытах (з дэманстрацыяй двох хворых).

Нават у падрабязных кнігах па нэрвовых хваробах, а таксама і ў манаграфіях аб полінэўрытах звычайна аб гіпэркінэзах не гаворыцца. Успаміны аб гіпэркінэзах ці лёгкай атаксіі ў часе выздараўліваньня ў полінэўрытыкаў маюцца ў Корсакова, Крышовай, Капустіна, Лукашовай. Россолімо прапануе нават асобны тэрмін для гэтае зьявы: „аміотаксія“. У хворага М. выпадкова ў часе плетызмаграфіі былі заўважаны перабіраньні ў дробных цягліцах, у біцэпсах, у грудных цягліцах. У другое хворае Х. заўважваюцца нявольныя перабіраньні пальцаў: Fingerspiel.

Праф. М. Кроль пытаецца аб гэнэзе і характары рухаў і зазначае, што раней на гіпэрхінэзы ў полінэўрытыкаў глядзелі, як на парушэньні тонусу, але досьледы токаў руху паказалі, што гэта актыўныя рухі.

Д-р. Д. Маркаў: гэнэз м.-б. розны. Статычная атаксія больш тлумачыцца парушэньнем глыбокага адчуваньня, а дробныя перабіраньні ў часе рэгэнэрацыі тлумачаць тым, што рухавая іннэрвацыя праводзіцца неаднакава ў розных мясцох, але гэтае пытаньне аканчальна ня выяснена. Некаторыя аўтары гавораць аб цэнтральнай іррадыяцыі.

Д-р В. Шэйнюк. Выпадак міяпатыі з „паталёгічнымі“ рэфлексамі. (Апісаны д-рамі В. Шэйнюк і Д. Маркавым у юбілейным зборніку, афяраваным праф. Маргулісу).

Д-ры П. Каравайчык, М. Мельнікаў, Ф. Багарад адзначаюць, што па анамнэзу і статусу цяжка выключыць lues і паражэньне піраміднае сыстэмы.

Д-р Д. Маркаў: выпадак яшчэ раз высоўвае праблему пэрыфэрычнага паходжаньня псэўда-паталёгічных рэфлексаў. Экстэнзорныя „паталёгічныя рэфлексы“ бываюць пры некаторых унутраных хваробах, поліоміэліце і г. д., але аб флексорных псэўда-паталёгічных рэфлексах у літаратуры няма ўспамінаў.

Праф. М. Кроль успамінае раней бачаны ім выпадак поліоміэліту з пераважным захаваньнем экстэнзараў і псэўда-Babinski'м. Мэханізм у выпадку дакладчыцы падобны.

Д-р Д. Маркаў. Пронацыйны фэнамэн Gierlich'a, як раньняя адзнака паражэньня пірамід. (Надрукавана ў „Беларускай Мэдычнай Думцы“ за 1928 г.).

Пасяджэньне 1-га сакавіка.

Д-р Д. Маркаў. Дэманстрацыя хворае Б. („Torticollis encephalitica“).

Хворая Б., 16 г., зьявілася з адзінаю скаргаю, што галава паварачваецца ўлева і трасецца. Да 13 г. была хударлявай, а ад 13 г. пачала паўнець. За апошнія 3 гады—агульная маларухомасьць і санлівасьць. У вачох дваіцца пры чытаньні.

Об'ектыўна: амімічная, поўная дзяўчына. Паніжэньне ўзбудзімасьці правага вэстыбулярнага апарату. Галава павернута ўправа (крывашыя). Пры спробах павярнуць улева (актыўна і пасыўна)—зьяўляецца tremor з характарам адмаўленьня. Левая вочная шчыліна вузейшая, легкі strabismus divergens. Лёгкая анізокорыя з некалькі вялай рэакцыяй. Канвэргэнцыя слабая. Лёгкія ністагмоідныя рухі пры крайніх пакавых становішчах вочных яблык. Вочнае дно—N. Некаторая гіпэртонія ў правай руцэ. Пры хадзе правая рука менш размахваецца. Некалькі ўчашчана мачаспусканьне.

Дакладчык лічыць, што хворая перанесла эпідэмічны энцэфаліт. Цікавасьць выпадку: torticolis у якасьці экстрапірамідная сындрому.

Праф. М. Кроль: павышэньне тонусу таксама на хворым боку гаворыць проціў вэстыбулярнае этыёлёгіі torticollis'у ў даным выпадку. Torticollis м. б. як ад вэстыбулярнага, так і ад стрыярнага паражэньня альбо ад абодвых разам у сэнсе Мінораўскага: combinosis monotopica heterogenetica.

P. S. 3/I хворая была дэманстравана д-рам Мінкінай пасьля апэрацыі перарэзкі n. accessorii Willissii зьлева. У выніку torticollis трохі зьменшыўся.

Д-р І. Бэйлін. Дэманстрацыя хворага А. з акроцыянозам.

Хворы А., 33 г., церпіць на акрацыяноз далоньняў, локцявых каленных суставаў. Клінічным дасьледаваньнем выяўлена паходжаньне акрацыянозу ў хворага ад спазму судзін. Пры пробе на адрэналін атрымалася павышэньне крывянога ціску на 92 м. м. Алімэнтарная і адрэналінаваалімэнтарная глікозурыі сьведчаць, што цыяноз паходзіць тут ад гіпэрадрэналінэміі. Гэты выпадак па свайму гэнэзу рэзка адрозьніваецца ад другога выпадку—хворае Л., у якое цыяноз быў выкліканы парэзам артэрый.

Д-р Д. Маркаў: у хворага А. былі таксама зьявы сэрознага мэнінгіту—галаўныя болі, сымптомы Кернігa, павышэньне ціску у сьпіннамазговай жыжцы. Гіпэртанічныя расчыны далі зьмяншэньне галаўных боляў. Выпадкі акрацыянозу сустракаюцца ў амбуляторыі ня так рэдка, але звычайна на іх не зьвяртаецца ўвагі. Парушэньні адчуваньняў могуць стаяць у зьвязку з дэфэктамі ў судзіннай сфэры і наўрад ці ёсьць патрэба тлумачыць іх паражэньнем самога адчувальнага апарату.

Праф. М. Кроль у сувязі з парушэньнямі псыхікі ў хворых адзначае, што парушэньні крывязвароту могуць быць ня толькі на канцавінах, але і ў галаўных мазгох.

Пасяджэньне 8-га сакавіка 1928 г.

Д-р П. Каравайчык. Дэманстрацыя хворага Я. з судзінным паражэньнем падоўжных мазгоў.

Хворы Я., 40 г., паступіў у клініку са скаргамі на „п'яную" хаду, слабасьць левых канцавін і галаўныя болі. У анамнэзе некалькі прыступаў галаўнога болю з слабасьцю і аняменьнем у левых канцавінах. Хвароба цягнецца 2 гады, паступова нарастаючы. Об'ектыўна: парэз погляду ва ўсе бакі, скрыжаваная гіпальгэзія, парэз галасавых вязоў, насавы голас, паперхіваньне. Рэзкае хістаньне пры хадзе направа—назад. Паданьне ў гэтым-жа кірунку пры стаяньні. Аслабленьне левых канцавін, адсутнасьць карнэальнага рэфлексу справа, ажыўленьне сухажыльных і накосьнічных рэфлексаў зьлева, клёнус ступы і накаленьніцы зьлева, Babinski і Oppenheim зьлева, Babinski справа. Адсутнасьць брушных рэфлексаў зьлева. На lues няма паказаньняў ні ў анамнэзе, ні ў лябараторных досьледах. Вязкасьць крыві павышана. Пасьля антылюэтычнага лячэньня зьявы значна згладзіліся, парэз левага галасавага вязу зусім выраўняўся.

Дакладчык зьвязвае захворваньне з судзінным паражэньнем падоўжных мазгоў тыпу трамбозу альбо эндартэрыіту, галоўным чынам, arteriae cerebelli posterioris inferioris dextrae, адзначаючы, што ёсьць сымптомы і для левае стараны.

Д-р Д. Маркаў: цікавасьць данага выпадку ў дысацыяцыі паміж мяккім паднябеньнем і галасавымі вязамі, што можа стаяць у сувязі з балянсаваньнем паміж раёнамі art. cerebelli post. inf. і artere de la Fossètte laterale du bulbe (Foix).

Праф. М. Кроль: парэз погляду лепш тлумачыць не паражэньнем fasciculi longitudinalis posterioris, але цэрэбэлярнай асынэргіяй. Fasc. longitud. post. можа вытлумачыць парэз погляду ў бакі, але ня ўверх і ўніз. Парэз левага галасавога вязу можна тлумачыць без пераходу працэсу на левы бок, але паражэньнем валакон да часткі nucki nervi vagi sinistri адпаведнай галасавым вязам—яшчэ перад акрыжаваньнем.

Д-р Р. Гарэлік. Рэфэрат аб дыягностыцы нарасьцяў сьпінных мазгоў па кніжцы: „Gross. Klinische und Liguordiagnostik der Rückenmarkstumoren“.

Пасяджэньне 15 сакавіка 1928 г.

Д-р Э. Мінкіна. Выпадак камбінацыі верхняга сындрому чырвонага ядра з сындромам цэнтральных зьвілін. (Надрукавана ў часопісі „Современная Психоневрология“ за 1928 г.).

Д-ры М. Мельнікаў, Б. Іошар: дапушчаюць, што доля сымптомаў у хворага функцыянальнага характару.

Д-р Д. Маркаў: адсутнасьць фэнамэну Babinsk'ага, як пры сындроме Déjerine'a, падходзіць да паражэньня верхніх шляхоў чырвонага ядра. Гіпатанія можа тлумачыцца паражэньнем стрыярнае сыстэмы.

Праф. М. Кроль: па Rademaker'у пры паражэньні чырвонага ядра павінна быць гіпэртонія, а тут ёсьць гіпотонія. Але R. рабіў свае досьледы на жывёлах, а ў чалавека поўнае аналёгіі з імі ня можа быць.

Д-р І. Бэйлін. Дэманстрацыя хворага Д. з паралюшам тыпу Landry і зьявамі гэматопорфірынурыі. (Надрукавана ў часопісі „Русская Клиника“ за 1928 год).

Д. Маркаў: паралюш Landry—група зборная. Лічыць гэматоорфірыкурыю позалёгічнай адзінка—цяжка. М. б. інфэкцыйны працэс паразіў печані і інш. органы і даў токсікоз, альбо энцэфаліт паразіў пэўныя вэгэтацыйныя цэнтры і даў токсікоз, які ў сваю чаргу ўтарычна адбіўся на цэнтральнай і пэрыфэрычнай нэрвовай сыстэме. За энцэфаліт гавораць гіпэркінэзы, гэміатрафія, паражэньні п. п. abducentium і г. д.

Праф. М. Кроль адзначае, што падобны выпадак ён бачыць першы раз. Сапраўды ёсьць сындром падобны да Landry з гэматопорфірыяй. Ці ўсё можна вывесьці ад яе? М. б. сапраўды быў інфэкцыйны працэс, які паразіў ц. н. с. і розныя органы. Пры гэтым ёсьць парфірынурыя, як адзін з сымптомаў, але паставіць яе „во главу угла“, як прычыну, пакуль што нельга.

Пасяджэньне 22 сакавіка 1928 г.

Др. Д. Маркаў. Дэманстрацыя хворае з пераменным паралюшам вокарухальнае нэрвы.

Хворая К. 56 г., перанесла 16 г. назад тыфус. 10 год назад была мігрэнь справа з ванітамі. Другі год па вечарох заплюшчваюцца вочы на 20 хвілін, больш справа. Зьява ўсё робіцца часьцей і цяпер кожны дзень. Прыступаў мігрэні няма. Летам г. г. было двоеньне, але павекі не апушчаліся, і акуліст нічога паталёгічнага не знайшоў.

Об'ектыўна: лёгкая анізакарыя, лёгкі птоз справа. Рэакцыя зрэнак даволі добрая. Канвэргэнцыя ня зусім добрая. Дваеньня з чырвоным шклом няма. Вочнае дно—N. Трэмар у галаве і правай руцэ, большы пры хваляваньнях. У сям'і трэмару няма. Рэфлексы—жывыя. Досьлед на міястэнічную рэакцыю даў няясны вынік.

Для офтальмоплегічнай мігрэні Charcot не хапае боляў, для энцэфаліту няма апоры ў анамнезе і другіх зьявах status'а.

Праф. М. Кроль зьвяртае ўвагу, што пры заплюшчваньні вачэй хворая мае пачуцьцё пяску ў веках. Гэты сымптом можа быць—сымпатычнага паходжаньня,—ад высыханьня вачэй. Быць можа, выпадак не вокарухальны, але сымпатычны. Трэба далейшае дасьледваньне.

Д-р Ф. Багарад. Дэманстрацыя выпадку tabes з сымптомам аднабаковага ядравага паражэньня рухавое порцыі n. Trigemini.

Д-р Ф. Багарад. Дэманстрацыя амбуляторнага хворага з сваясаблівай формай полінэўрыту, які пры першым аглядзе рабіў уражаньне энцэфаліту (дрэнны сон, амімія, агульная маларухомасьць і поза, насавы голас, нязначнае парушэньне адчуваньняў і г. д.). Пры далейшым допыце выяўлена, што пры пачатку хваробы была боль у горле, ангіна, дрэннае глытаньне. Дыфтэрыя спэцыяльна не выяўлялася, але яна дужа праўдападобна.

Д-р Б. Іошар. Рэфэрат: „Сучаснае становішча вучэньня аб сьне".

Пасяджэньне 5 красавіка 1928 г.

Д-р Д. Маркаў. Дэманстрацыя 2-х амбуляторных хворых з міопатыяй у пачатку. Хворыя—браты, 23 і 22 г. Старэйшы спэцыяльна хворым сябе ня лічыць. Бацька памёр у 45 г. ад раку. Старэйшая сястра 24 г., страдае нейкай слабасьцю. Старэйшы брат зьвярнуўся ў ЦРА з няяснымі скаргамі агульнага характару. Об'ектыўна: пахуданьне левага пляча, атрафія m. m. pectoralium. Некалькі адстаюць лапаткі. У іншым-жа рухавая сфэра—N. Выпінаньне вочных яблык, тоўстыя губы. Рэфлексы—N. RD—няма.

Малодшы брат выкліканы дзеля агляду. Агульная слабасьць, слабасьць у руках, рэзкае адставаньне лапатак пры рухах, атрафія m. m. pectoralium. Лёгкі лёрдоз, адвіслы жывот, слабасьць брушное мускулятуры. Некаторае аслабленьне праксімальных аддзелаў канцавін. Пры хадзе шырока расстаўляе ногі. Губы тоўстыя, сьвістаць ня можа, а раней сьвістаў.

Праф. М. Кроль. Дэманстрацыя амбуляторнага хворага з энцэфалітам, які імітаваў прагрэсыўны бульбарны паралюш.

Хворы, 34 г., прысланы адным з акруговых нэўрапаталёгаў з дыягназам: прагрэсыўны бульбарны паралюш. Асноўная скарга: пры гутарцы адходзіць ніжняя губа і „падпірае пад дыханьне": трудна ўдыхнуць, асабліва пасьля гутаркі. Раніцою зьявы меншыя. Глытаньне добрае, мяккае паднябеньне рухаецца добра, n. facialis—N. Голас—з насавым адценьнем, манатонны. Галасавыя вязы—N. Зрэнкі амаль не рэагуюць. Lues хворы адмаўляе. Рухальная сфэра ў іншым—N. Рэфлексы і адчуваньні—N. Пэрыфэрычнага паражэньня бульбарных нэрваў няма. Пры дэтальным распытаньні хворага аказалася, што ў 1922 г. на працягу 9 тыдняў хворы мог заснуць у любы момант, напрыклад, п'ючы гарбату. Дыягназ эпідэмічнага энцэфаліту амаль пэўны. Лёкалізацыя (мяркуемая)—у вышэйшых каардынацыйных цэнтрах. Хворы патрабуе падрабязнага дасьледваньня.

Д-р І. Бэйлін. Выпадак мэтастатычных абсцэсаў у хрыбтовым канале з аўтопсіяй.

Хворы 19 г., паступіў у клініку са скаргамі на болі ў ваколіцы крыжа, якія пачаліся раптам за тыдзень да паступленьня ў клініку.

Об'ектыўна: павышэньне сухажыльных рэфлексаў на ніжніх канцавінах, адсутнасьць брушных, боль пры пальпацыі жывата справа і

зьлева. Болі ў канцавінах, Babinski справа, часам і зьлева, слаба выяўлены. У сьпіннамазговай жыжцы плеоцытоз 272/3, ксантохромія, дадатныя бялковыя рэакцыі, сындром Froin. На працягу 3—4 дзён у хворага разьвілася вялая параплегія ніжніх канцавін з угасаньнем рэфлексаў, без абаронных і патолёгічных. Затрыманьне мачы і калу. Вялікія пролежні. Яўная гіпэстэзія на ўсе віды ад D_3—D_4 уніз. Сьвядомасьць ясная, верхнія канцавіны і чэрапныя нэрвы—N. Тэмпэратура ўвесь час сэптычная. Exitus пры зьявах слабасьці сэрца.

На аўтапсіі знойдзена: гнойны налёт на dura et pia mater. Пры разрэзе скуры на сьпіне ўздоўж хрыбта—шмат гною, прасякшага сьпінныя цягліцы. Хрыбетны канал напоўнены гноем, пачынаючы ад 6-ае груднoе хрыбеткі. Ад таго-ж узроўню—зрастаньне durae matris з вакальнымі тканінамі. Гной выступае з міжхрыбетачных прамежкаў. Dura рэзка патоўшчана, гіпэрэміравана. Маюцца вялікія зросты левага лёгкага, з запальнымі месцамі ў ім. На ўзроўні 6—8 грудных хрыбетак маецца субплеўральная поласьць велічынёю з кулак, напоўненая гноем. Гэткая-ж поласьць у ваколіцы левае ныркі. Абодвы гнайнікі маюць камунікацыю з хрыбтовым каналам.

Пасяджэньне 12 красавіка 1928 г.

Д-р Ф. Багарад. Дэманстрацыя хворае з сымптомам „кракадылавых сьлёз". (Надрукована ў часопісі „Врачебное дело" за 1928 г.).

Д-р Ф. Багарад. Дэманстрацыя дзьвёх сясьцёр Гр. з сямейнай дэгэнэрацыяй.

Дзьве сястры 17 і 13 г. г. выказваюць расстройствы рухальнае сфэры. У старэйшае паражэньне датычыць аднае рукі і абедзьвёх ног; у малодшае—аднае нагі і вельмі нязначна аднае рукі. У нагах зьмены датычаць, галоўным чынам, узмацненьня тонусу ў некаторых групах цягліц, што павяло да дэформацыі ступ: у аднае—pes varus, у другое—pes equinus. Апрача таго, наглядаюцца рэдкія міоклёнічныя падзёргіваньні. У старэйшае ў руцэ—гіпэркінэз міоклёнічнага тыпу з некатораю дамешкаю хорэатычных рухаў у праксымальных аддзелах; у малодшае—невялікае дрыжаньне ў руцэ і нялоўкасьць пры пісаньні. Пачатак хваробы ў абедзьвюх—11 год. Спачатку была закранута левая нага, потым правая рука. Ход—павольны, паступовы. Анамнэз, цячэньне, клінічны малюнак і сэролёгічныя досьледы выключаюць экзогэннае захворваньне. Сямейнасьць, аднакавае разьвіцьцё і цячэньне гавораць за гэрэдодэгэнэрацыю.

Аналізуючы вядомыя формы спадчынных нэрвовых хвароб, дакладчыца адзначае, што абодвы выпадкі не падходзяць ні пад адну з гэтых формаў, але блізка стаяць да міаклёній.

Д-р П. Каравайчык адзначае некалькі оксіцэфалічную форму чэрапу ў малодшае сястры, нізкі лоб, нізкую валасяную лінію на лобе і патыліцы, тырчаньне цемянных грудоў асымэтрычна з абодвых бакоў.

Праф. М. Кроль. Трэба было больш выдзяліць танічную компанэнту. Міаклёнічныя формы звычайна прыпісваюцца nucleus dentatus cerebelli, але анатомічная лёкалізацыя м. о. розная.

Пасяджэньне 19 красавіка 1928 г.

Д-р Р. Гарэлік. Дэманстрацыя хворае Л. з тэтаніяй.

Хворая Л. 45 г. беларуска, скардзіцца на прыступы судараг у канцавінах, боль галавы, галавакружэньне, бяссоньніцу, агульную слабасьць

Приступы сударагі пачаліся 4 г. 7 м. назад, праз 5 м. пасьля нараджэньня апошняга (мёртвага) дзіцяці. Цяпер яны бываюць 3-4 разы на тыдзень.

Хворая—астэнічка. Скура брудна-шэрага колеру, на жываце, паясьніцы, твары з бронзавым адценьнем. З боку унутраных органаў:—apicitis fibrosa bilateralis (pulm.), arteriosclerosis incip, ptosis ventriculi. У крыві: вязкасьць—12,4; мачавое к-ты 1,39% mgr., кальцыя—4,4% mgr., ліпаза—зьменш.; hypoaciditas succi gastrici, liquor cer.—spin.—N. у мачы—бялок 0,066%; ph—6,2. У асадку лейкацыты і гіалінавыя цыліндры.

З боку нэрвовае сыстэмы: зьмяншэньне сілы цягліц дыстальных аддзелаў канцавін, асобныя фібрылярныя падзёргіваньні. Пальцы рук у позе „рукі акушораў“, нават і паміма прыступаў. Выразны цяглічны валак, Chvostek III з двох бакоў, падвышэньне мэханічнае ўзбудзімасьці нэрваў. Пры пробе электраўзбудзімасьці з n. facialis: КЗС—0,5 МА, пры 1,5 МА—тэтанус. Рэфлексы жывыя на верхніх канцавінах, каленныя—паніжаны. Ахіллавы—адсутнічаюць.

Вэгэтацыйныя рэакцыі; слаба дадатная на адрэналін, адмоўная—на пілёкарпін; рэзка дадатная на тырэоідын. Значнае палепшаньне ад *Ca* і расьліннае дыэты. Зьявы як-бы гіпэртырэоідызму залежаць ад таго, што паміж gl. thyreoidea і gl-ae parathyreoideae існуе антаганізм. Пры выпадзеньні функцыі апошніх першая дае ўражаньне гіпэрфункцыі.

У дыскусіі прыймалі удзел: *Бэйлін, Маркаў, Мельнікаў, Хазаноў*, якія спыняліся на ўзаемаадносінах: gl. thyreoidea—gl-ae parathyreoideae—ovarium.

Праф. Кроль. Выпадак цікавы тэрапэўтычным эфэктам і прогнозам. Магчыма, што за час прыйманьня кальцыя gl-ae parathyreoideae пасьпеюць аддыхнуць і потым іх дзейнасьць палепшыцца. Каленныя рэфлексы цяпер лепш.

Д-р І. Бэйлін. Дэманстрацыя двох амбуляторных хворых: брата і сястры К.

Сястра 19 г., рост 150 см., вага 97 кгр. Ад 5 г. стала горш бачыць і таўсьцець, ад 12 г.—сьлепнуць. Цяпер ледзь улаўлівае контуры, але рэчаў не пазнае. Retinitis pigmentosa. Галава баліць і кружыцца. Menses—ад 17 г., 18½ спыніліся. Imbecillitas. Значныя адклады тлушчы на жываце, сьцёгнах, грудзёх і ў раёне плечавога поясу. Валасяное пакрыцьце на лабку і пад пахамі адсутнічае. З боку нэрвовае сыстэмы паніжэньне рэфлексаў. RW-O.

Брат 9 г., рост 130 см., вага 47 кгр., лепш бачыць і лепш разьвіты псыхічна, але ўсё-ж-а адсталы. Адклады тлушчы па такому тыпу, як і сястры. Penis—2—3 см. Яечкі з гарошыну. Нос седлаваты. Зрэнкі рэагуюць дрэнна. Рэфлексы паніжаны. Ахілавы—адсутнічаюць. RW-O. У якасьці этыолёгічнага моманту дакладчык мяркуе lues hereditaria.

Пасяджэньне 3 мая 1928 г.

Д-р Маркаў Д. Глыбокія патолёгічныя рэфлексы на верхніх канцавінах.

На ніжніх канцавінах адзначана шмат глыбокіх паталёгічных рэфлексаў, якія ўвайшлі ў штодзённую клінічную практыку. Некаторыя з іх можна адзначыць і на верхніх канцавінах, але яны пакуль што мала ведамы. Можна знайсьці аналёгію рэфлексаў: *Жуковского, Россолимо,* Mendel—*Бехтерева* з рэцэпторнымі зонамі, часам далёка пашыранымі ў праксімальным кірунку. У адказным далонным згінаньні пальцаў можна знайсьці то чыста згінальную, то міжкосную кампанэнту, як на гэта дакладчык паказваў раней у адносінах да паталёгічных рэфлексаў з падашвовым згінаньнем пальцаў.

Даклад ільлюстраваны дэманстрацыяй на 2-х хворых.

Д-р Н. Г. Кантар. Дэманстрацыя хворае Ал. (Tumor cerebelli). Хворая Ал. 15 г., беларуска, паступіла ў клініку са скаргамі на галаўны боль асабліва зьлева ў лобе і скроні, болі ў шыі, шум і пакалваньне ў вушах, больш справа, паніжэньне вострасьці зроку, моцныя галавакружэньні, асабліва пры хадзе і ляжаньні на сьпіне, на частыя ваніты і на пачуцьцё поўзаньня мурашак у левай палавіне галавы.

Болі і галавакружэньні пачаліся 6 мес. назад, галавакружэньне спачатку адзначалася толькі ў часе хады. Праз месяц хворая ўжо не магла хадзіць, бо пры хадзе яе цягнула ўлева і яна падала. У гэты-жа час зьявіліся ваніты, пагоршаньне зроку і боль у шыі. Шум у вушах і пачуцьцё поўзаньня мурашак далучыліся за 3 тыдні перад паступленьнем у клініку.

Хворая ляжыць пераважна на правым боку, бо пры гэтым зьмяншаюцца галаўныя болі. Пульс 110. Visus: OD – 0,2; O.S—0,8; застойныя сыскі больш справа. Уверх хворая стараецца не глядзець. бо пры гэтым узмацняецца галавакружэньне. Нарэстэзіі ў твары зьлева, а справа паніжэньне адчуваньняў больш у раёне верхняе галіны n. trigemini, правы ніжні n. facialis некалькі парэтычны. Слух паніжаны справа. Пры галавакружэньні хворай здаецца, што рэчы кружацца зьлева направа, а яна справа—налева. У рухальнай сфэры—нарушэньне каардынацыі, больш справа і адыядохокінэз больш справа. Агульная гіпотонія. Адчуваньні—N; сухажыльна-накосьнічныя і брушныя рэфлексы паніжаны; левы Ахіллаў блізка адсутнічае. Ціск сьпіннамазговае жыжкі павышаны; пасьля пункцыі—зьмяншэньне галаўнога болю. У крыві—лімфоцытоз—35 проц., эозінофілія—8 проц., WR—0. У мачы: бялок—0,165 проц., 50—60 леўкоцытаў у полі зроку.

Дакладчык прыходзіць да вываду, што найболей праўдападобным процэсам зьяўляецца інтрацэрэбэлярны tumor.

Д-р Д. Маркаў зьвяртае ўвагу, што рэакцыя апоры больш выяўлена зьлева.

Праф. М. Кроль. Асноўны дыягназ: нарасьць у задняй чарапной ямцы нецяжкі, але далейшая дэталізацыя цяжкая. Атаксія, галавакружэньне, паражэньне n. facialis et n. acustici бываюць і пры лобных нарасьцях. Поза такая пры лобных нарасьцях не наглядаецца. За заднюю чарапную ямку гаворыць і нядрэннае становішча псыхікі, але некаторыя выпадкі сьведчаць, што гэтая адзнака мае адноснае значэньне. У сярэдзіне ці звонку мозжачкаў? Нязначны ўдзел чэрапных нэрваў і адсутнасьць выяўленых сымптомаў з боку адчувальна-рухальнага шляху больш гавораць за ўнутрымозачкавую лёкалізацыю.

Д-р Р. Гарэлік. Дэманстрацыя хворае Ш. з мяркуемым працэсам у лобнай долі мазгоў.

Пасяджэньне 17 мая 1928 г.

Д-р М. Хазанаў. Клін. і Экспэр. даныя аб атручэньні нэрвовай сыстэмы волавам (надрук. у „Бел. Мэд. Думцы“ 1928 г.).

Пасяджэньне 31 мая 1928 г.

Д-р П. Каравайчык. Выпадак tumor spinalis з опэрацыйным умяшаньнем. Хворы Хал. 58 г., яўрэй, скардзіцца на неўладаньне ніжнімі канцавінамі і на страту адчуваньня ў іх, рэзкія болі ў бакох і сьпіне паміж лапаткамі, затрыманьне мачы.

Бацька хворага як быццам памёр ад раку страўніка. У самаго хворага гадоў 10 назад была язва страўніка, якая потым заціхла. Гады 2

назад у хворага стала адзначацца затрыманьне мачы, якое ўсё павялічвалася. Месяцы $2^1/_2$ перад паступленьнем у клініку стаў адзначацца боль у бакох грудзёў і ў сьпіне паміж лапаткамі. Боль такога характару, як пры нарываньні: „тузае". З часам боль усё павялічваўся. Дзён за 7—8 перад паступленьнем у клініку хатнія хворага зьвярнулі ўвагу, што ён стаў горш хадзіць. Спачатку стала горшыцца правая нага, а потым левая. Пры паступленьні ў клініку хворы зусім ня рухаў ніжнімі канцавінамі.

За час хваробы хворы моцна пахудаў. Колер скуры жоўтаватазямлісты. Разьлітая рэзкая балючасьць пры пастукваньні па хрыбту паміж лапаткамі бяз відомых зьмен хрыбта. Чэрапныя нэрвы—N. Спастычная параплегія, ногі сагнуты ў каленях. Гіпэральгезія ў раёне D_3, ад D_4 уніз блізка поўная страта ўсіх відаў адчуваньняў. Рэфлексы: жывыя каленныя і Ахіллавы, клёнусы ступ, брушныя адсутнічаюць, Babinski і Oppenheim з двох бакоў. Абаронныя рэфлексы на этэр і ўкол да D_{10}. У мачы бялок 0,10 проц. Ліпоіодоль субокцыпітальна. На рэнтгэнографіі аказалася стойкае затрыманьне ліпоіодолю на ўзроўні 4 грудное хрыбеткі. Опэрацыя (д-р Корчыц). Па зьняцьці дужак D_2—D_5 былі выкрыты тумарозныя разьлітыя разрастаньні эпідуральна, на ўзроўні 3—4 хрыбеткі, зьвязаныя з хрыбеткамі. Ніжні канец разрастаньняў выявіць было нельга: яны адыходзілі недзе ўніз за межы D_5. Дзеля пагоршаньня становішча хворага (пульс) і яўнае немагчымасьці зьняць усе разрастаньні опэрацыя на гэтым была спынена без далейшага шуканьня ніжняга канца.

Проф. М. Кроль: даны выпадак зьяўляецца першым у Менску скарыстаньнем ліпоіодоля дзеля лёкалізацыйнае дыагностыкі і ў гэтых адносінах паўчаючы. Клінічная і ліпоіодолёвая лёкалізацыі супалі.

Пасяджэньне 11 кастрычніка 1928 г.

Д-р П. Каравайчык. Дэманстрацыя мазгоў б. хворага К. (Tumor cerebri). Хворы К. 35 г., беларус, паступіў у клініку са скаргамі на боль галавы, ваніты і пагоршаньне зроку. Першыя прыступы галаўнога болю—3 месяцы назад. З часам прыступы сталі ўсё ўчашчацца. За 2 мес. да паступленьня ў клініку пачаліся ваніты. За месяц да паступленьня ў клініку хворы стаў горш бачыць. Працу спыніў толькі за 2 тыдні перад паступленьнем у клініку. Об'ектыўна адзначана: некалькі паніжаная ўкормленасьць, брадыкардыя да 40 у хвіліну, агульная псыхічная затарможанасьць, вострасьць зроку 0,7, на дне вока—нэўрыт са зьявамі застою, больш зьлева. Некаторае зьніжэньне адчуваньняў у раёне правага n. trigemini. Парэз правага ніжняга n. facialis. Некаторае аслабленьне сьціску правае рукі. Парушэньні коордынацыі асабліва справа, адыядохокінэз больш справа. Элемэнты амнэстычнае афазіі. Чытаць хворы зусім ня можа, зрэдка яму ўдаецца разабраць друкаванае слова, піша лепш, чым чытае, але нездавальняюча: прапушчае літары, робіць лішнія рысы, блытае лацінскі і рускі шрыфт (хворы каталік). Рэзкая апраксія. Блытае правую і левую палавіну цела, больш адносна правае стараны. Fingeragnosie няма. Ціск сьпіннамазговае жыжкі рэзка павышаны. Быў пастаўлены дыягназ нарасьці ў левай гэмісфэры на пагранічны вісочнае і патылічнае долі. Раптоўны exitus. На ўскрыцьці знайдзены падкоркавы tumor больш курынага яйка, даволі плотны, даволі добра абмежаваны, у пагранічным раёне паміж заднімі часткамі левае цемянное і вісочнае долі.

Д-р Д. Маркаў зьвяртае ўвагу, што рэакцыя апоры была дадатная зьлева.

Праф. М. Кроль адзначае, што хворы часамі не адчуваў сябе хворым (анозогнозія Babinsk'ага). Раней думалі, што гэта бывае пры патылічных лёкалізацыях, але потым аказалася, і пры іншых лёкалізацыях.

Д-р Мельнікаў М. Дэманстрацыя мазгоў хворае Ай-т. Хворая 27 г., яўр., паступіла ў клініку са скаргамі на неўладаньне ніжнімі канцавінамі і нятрыманьне мачы. У мужа lues.

Прыблізна за месяц да гэтага T° паднялася да 38,5°, пачалася ламата ў касьцях, а праз 3 дні хворая не магла рухаць канцавінамі. Пачалося нятрыманьне мачы і калу.

Об'ектыўна адзначана: адзіночныя вільготныя хрыпы ў лёгкіх. Стул пры дапамозе клізмы, нятрыманьне мачы. Хворая цяжарна на 6-м месяцы. Чэрапныя нэрвы—п. Paraplegia spastica inferior. Гіпэстэзія ад D_{10} уніз справа, D_{11}—зьлева. Высокія каленныя і Ахіллавы рэфлексы, клёнусы ступ, Babinski, Oppenheim, Schäfer, Gordon, Жукоўскі, Россолімо з абодвых бакоў. Абаронныя рэфлексы на фарадычны ток справа да D_8, зьлева да D_{11} і на этэр справа да D_{10}, зьлева да D_{12}, на ўколы да L_1—2 з абодвых бакоў. Ціск сьпіннамазговае жыжкі павышаны, плеоцытоз 14/3, PQ для брому 2,54 (Bürker), леўкоцытоз—12.600, WR—0. У мачы зьявы цыстыту. Спэцыфічнае лячэньне заставалася бяз посьпеху. Хворая радзіла мёртвы неданошаны плод. Родавых боляў зусім ня чула. Exitus пры зьявах сэпсісу.

У галаўных мазгох макроскопічных зьмен на ўскрыцьці ня выяўлена. У паясьнічнай і ніжняй грудной частцы сьпінных мазгоў знойдзена ацечнасьць і паўторныя пераражэньні доўгіх трактаў. У сярэдняй грудной частцы рэзкае патаўшчэньне абалонак, якое дало здаўленьне. Дыягназ: мэнінгаміэліт, м. б. люэтычны.

Д-р Д. Маркаў: у хворае WR—адмоўная ў крыві і жыжцы, бялковыя і іншыя рэакцыі ў жыжцы адмоўныя. Праўда, lues можа быць пры адмоўных рэакцыях і няпосьпеху спэцыфічнага лячэньня. Рэнтгенографія дала адмоўныя вынікі, але ўсё-ж выключыць спондыліт цяжка. Магчымы і мэнінгоміэліт інфэкцыйны, не люэтычны.

Д-р М. Мельнікаў: хрыбет па ўскрыцьці рабіў уражаньне зусім цэлага. Найболей праўдападобны аднак люэтычны мэнінгоміэліт, тым болей, што ў мужа lues.

Праф. М. Кроль: ён бачыў хворую на 2 дзень паралюшу і найперш падумаў аб спондыліце і люэсе. Муж у канцы-канцоў прызнаўся, што ў яго быў lues. Вострая пераплегія таксама наводзіць на думку аб спондыліце, але і пры люэсе можа быць і востры пачатак і высокая T°. З рэакцый усё-ж слаба дадатні Weichbrodt. На ўзроўні сярэдняе груднoe часткі працэс у абалонках экстрадуральны. Можна было-б думаць аб рэактыўным тубэркулёзным пахімэнінгіце ў адказ на працэс у хрыбетках, што дало паступовае сьцісканьне сьпінных мазгоў, але патолёгоанатомічны выгляд прэпарату ў сувязі з клінічным малюнкам гаворыць проціў тубэркулёзнага спондыліту. Працэс на адным баку канчаецца вышэй, а на другім ніжэй, і гэта адпавядае рознаму ўзроўню выклі́каньня абаронных рэфлексаў, што робіць выпадак яшчэ болей цікавым.

Пасяджэньне 18 кастрычніка 1928 г.

Д-р Д. Маркаў. Дэманстрацыя 2-х амбуляторных хворых (*1. Morbus Recklingauseni. 2. Lipomatosis symmetrica*). 1. Хворы 24 г., яўр., зьявіўся ў амбуляторыю са скаргамі на боль у левай руцэ і левай старане галавы. Тры гады назад пры прызыве адзначана шмат пігмэнтных плямаў дробных і вялікшых. Адна займае блізка ўсю левую

верхнюю канцавіну. Ёсьць і на левай ніжняй канцавіне. Рэзкі гіпэртрыхоз на пігментаваных месцах. Пры пальпацыі ў гэтых мясцох чуюцца малыя цьвёрдыя ўтварэньні. На левым плячы сьпераду вялічыні яблыка. На правай старане ўсе зьявы менш выяўлены. Пры націсканьні гэтыя ўтварэньні баляць. Нярэзкая гіпэстэзія ў раёне пігмэнтацый на левай верхняй канцавіне. Павышаныя рэфлексы на ніжніх канцавінах, зьлева часам клёнус і Babinski. Дакладчык зьвяртае асаблівую ўвагу на зацікаўленасьць цэнтральнае нэрвовае сыстэмы.

2. Лесавод 45 г., белар., нібыта меў lues 13 г. назад. Маецца сымэтрычна цэлы рад новаўтварэньняў пад скураю на верхніх канцавінах, жываце і бёдрах. Дызэндокрыній, псыхічных парушэньняў не адзначаецца. Адсутнасьць балючасьці, агульнае добрае становішча, нормальная псыхіка не даюць магчымасьці падвесьці выпадак пад хваробу Dercum'a.

Д-р П. Каравайчык. Дэманстрацыя хворага Г. (Tumor hypothalami). Хворы 16 г., беларус, дастаўлены ў клініку маткаю дзеля болю галавы, ванітаў, пагоршаньня зроку, дваеньня ў вачох, агульнае слабасьці, патлусьценьня, немагчымасьці хадзіць, нятрыманьня мачы і калу. Дзед па матцы памёр ад раку, у маткі 11 цяжарнасьцяў, але ў жывых 4, іншыя раджаліся няжывымі альбо паміралі малымі. Хворы 6-ты па чарзе. У дзіцячыя гады быў солітэр, адзёр, дыфтэрыт.

Месяцаў 11 перад паступленьнем у клініку ў хворага пачаліся ваніты. За месяц перад паступленьнем у клініку пачалося дваеньне і пагоршаньне зроку. Тыдні за 2 перад паступленьнем у клініку бацькі заўважылі санлівасьць, слабасьць і патлусьценьне хворага. Тады-ж пачалося нятрыманьне мачы і калу.

Хворы мае 140 см. росту і робіць уражаньне хлопчыка гадоў 10—11, укормленасьць павышана. Маюцца адклады тлушчу па тыпу dystrophia adiposo-genitalis. Чэрап некалькі нагадуе гідроцэфала. На лабку і пад пахамі расьліннасьці няма. Penis і ядры, як у хлопчыка гадоў 8. Адносна мачы і калу хворы чуе патрэбу, але ня можа стрымацца.

Хворы знаходзіцца ў становішчы заўсёднага сну, сьпіць і днём і ўночы. Яго можна будзіць дзеля роспытаў, дзеля кармленьня, але пакінуты сабе, ён ізноў засынае. На пытаньні адказвае з сэнсам, ор'ентуецца ў часе і ў месцы.

Зрок значна паніжаны. Хворы лічыць пальцы на адлегласьці аднаго мэтру. Гэміанопсіі няма, а дакладна поле зроку нельга абсьледваць. Застойныя сыскі больш зьлева, чым справа. Птоз з абодвых бакоў, нярэдкае абмежаваньне рухаў вочных яблык у бакі. Зрэнкі—N. Рыгіднасьць патыліцы, слабыя Кернігі. Раўнамернае аслабленьне мускульнае сілы. Пры стаяньні валіцца назад. Хадзіць можа з трыманьнем яго за руку. Пры хадзе ня згінае ног у каленях. Адчуваньні поўна дасьледаваць немагчыма, але адхіленьняў ад N не заўважана. Сухажыльна-накостнічныя рэфлексы жывыя, бяз клёнусаў. Фэномэны Babinsk'ага і Oppenheima—нярэзкія.

Хворы прабыў у клініцы паўтары месяцы. Санлівасьць увесь час нарастала і паступова замянялася ступорознасьцю. Пульс учасьціўся ад 80 да 100—110. Праз 2 тыдні пасьля паступленьня выявіліся рэзкія фэномэны Babinskага і Oppenheim'a, больш рэзка зьлева, з клёнусам ступы зьлева і большаю жывасьцю сухажыльных рэфлексаў зьлева. Гіпертонія агульная. Пачаліся вячэрнія павышэньні T^0 без падстаў ва ўнутраных органах. Праз 3 тыдні пасьля паступленьня адзначаны фэнамэн „зубчастага кола", зьніканьне клёнусу, пахудзеньне. Санлівасьць рэзка ўзмацнілася. Хворы стаў слаба есьці. Праз месяц пасьля паступленьня гіпэртонія стала зьменвацца гіпотоніяй, фэно-

мэны Babinsk'ага і Oppenheim'a зьніклі, таксама „зубчастае кола". Кэрнігі зьменшыліся. Птоз абярнуўся ў поўнае заплюшчаньне вачэй. Зьвілася разводная касавокасьць з адхіленьнем у бок правага вока. Размахі t° сталі большымі. У жыжцы—слаба дадатныя бялковыя рэакцыі, плеоцытоз 50/3, WR—O. Кроў і мача—N. У дыфэрэнцыяльным дыягназе выпадак падводзіцца пад нарасьць на дне 3-га страўнічка і вэгэтацыйных асяродках hypothalami без захапленьня гіпофізу.

Д-р Д. Маркаў: адмежавацца ад эпідэм. энцэфаліту ня так-та лёгка. Боль галавы не такі вялікі. Хворы ня скардзіўся на боль галавы пры паступленьні. Плеоцытоз 50/3, Кернігі, рыгіднасьць патыліцы гавораць за ўдзел абалонак, PQ—1,4 не падыходзіць для энцэфаліту. Адносна магчымага lues'у—няўдача спэцыфічнага лячэньня і RW—0. М. б. ёсьць тубэркул у адзначаным раёне.

Д-р І. Бэйлін: пры гіпофізарным патлусьценьні хворыя ня худзеюць пры галаданьні, пры гіпоталямічным худзеюць. Таму нарасьць вярней у hypothalamus, чым hypophysis.

Д-р Мельнікаў лічыць, што энцэфаліт малапраўдападобны. Больш даных за tumor. У сувязі з гэтым д-р *Мельнікаў* апавядае аб адным падобным выпадку, бачаным ім раней. Быў пастаўлен дыягназ эпідэмічнага энцэфаліту, бо была такая эпоха, а па сэкцыі аказаўся tumor з такой лёкалізацыяй, як мяркуецца тут.

Праф М. Кроль зазначае, што энцэфаліт менш усяго падходзіць. Аб мейсцы спрачацца ня прыходзіцца. Пірамідныя сымптомы пры энцэфаліце рэдкасьць. Lues выключыць цяжка. Толькі пры lues'е звычайна бывае болей сымптомаў з боку падоўжных мазгоў. Найболей падходзіць tumor. Аб натуры яго загадзя казаць нельга. М. б. і тубэркул. Зьменнасьць сымптомаў можна ставіць у сувязь з магчымым унутраным гідроцэфалам.

P. S. На ўскрыцьці знайдзена нарасьць на дне 3-га страўнічка 165 к. с. жыжкі ў 3-м і бакавых страўнічкох.

Д-р Р. Гарэлік. Дэманстрацыя выпадку: tumor caudae equinae, з опэрацыйным умяшаньнем (выздараўленьне).

Хворая С. з нарастаючымі ў працягу 2-х гадоў болямі ў ніжніх канцавінах, асабліва ў правай. Парэз правае ніжняе канцавіны, аслабленьне згінальніц левае. Паніжэньне адчуваньняў у раёне L_1—S_2—справа S_3 S_5 поўная анэстэзія з двох бакоў. Паніжэньне правага каленнага рэфлексу, адсутнасьць Ахіллавых. У сьпінна-мазговай жыжцы—компрэсыйны сындром Nonne. Дыазгноз: tumor caudae equinae ў раёне хрыбетак L_2—L_4. Проба з ліпіодолем дала затрыманьне на ўзроўні хрыбеткі L_2. На опэрацыі выразана нарасьць, якая сядзела на задніх карэнчыках S_2—S_5 справа. Гістолёгічна—нэурынома. Вынік—выздараўленьне.

Д-р Маркаў Д., С. Ліўшыц, Р. Гарэлік. Рэнтгэнатэрапія гліезаў. Праведзена рэнтгэнатэрапія ў 11 хворых, па магчымасьці нядаўна захварэўшых. У 9 было адзначана палепшаньне суб'ектыўных адчуваньняў (парэстэзій, сінэстэзальгій), у 7 зьменшыліся парэтычныя зьявы, у 6—адзначана зьмяншэньне граніц і інтэнсыўнасьці парушэньняў адчуваньняў. Наглядалася гэта ў параўнаўча сьвежых выпадках. Некаторыя хворыя нават вярталіся да працы, у 2-х выпадках парушэньне адчуваньняў зусім прайшло. Вывады: 1) рэнтгэнатэрапія гліезаў дае вынікі, якія абнадзейваюць, 2) важна, як найболей раньняя дыягностыка.

Д-р П. Каравайчык: павольны ці больш хуткі ход гліозу м. б. залежыць ад неаднароднасьці разрастаньняў гліі. Глія не зьяўляецца суцэльнай групай, і розныя віды разрастаюцца з рознай хуткасьцю·

зьявы затрыманьня працэсу м. б. стаяць у сувязі ня з посьпехамі рэнтгэнатэрапіі, а з натураю разрастаньняў гліі.

Д-р М. Хазанаў: тэрмін пасьля рэнтгэнатэрапіі яшчэ малы і гаварыць аб стойкіх выніках яшчэ нельга.

М. Кроль. Пажадана дапоўніць клінічнае нагляданьне нагляданьнямі над зьменамі гліі ў лябараторных жывёлаў пад уплывам рэнтгэнізацыі.

Пасяджэньне 25 кастрычніка 1928 г.

Д-р. Ф. Багарад. Дэманстрацыя амбуляторнага хворага з падазрэньнем на Sclerosis disseminata.

Хворы 27 г., ня скардзіцца ні на вошта, але пры паступленьні ў Ваенную акадэмію быў забракованы па нэрвовых хваробах. Левая рука і нага больш баяцца холаду. Об'ектыўна: Babinski зьлева, Жукоўскі—з абодвых бакоў, адсутнасьць левага ніжняга брушнога рэфлексу. Tibio—аддукторны і spino-аддукторны рэфлекс з абодвых бакоў. Vertebro аддукторны—зьнізу да ўзроўня 8-ае грудное хрыбеткі. Паніжэньне інтэнсыўнасьці вібрацыйнага адчуваньня на левай назе.

Дыягназ: Sclerosis disseminata ў мала—выяўленай форме. Наяўнасьць адзнак арганічнага паражэньня пры адсутнасьці скаргаў з боку хворага і зьяўляецца практычна-важнай асаблівасьцю выпадку.

Д-р. Д. Маркаў. Дэманстрацыя амбуляторнае хворае з рэдкаю формаю гэмікраніі.

Д., мэдсястра. Спадчыннасьць у сэнсе гэмікраніі—у маткі бываюць прыступы галаўнога болю з ванітамі і правабаковай гэміанопсіяй. Пяцёра яе дзяцей усе церпяць ад галаўнога болю з ванітамі, у аднае сястры хворае ў часе прыступу таксама бывае гэміанопсія. У хворае ад 14 г. бываюць прыступы галаўнога болю, больш каля правага вока, часам у патыліцы, з ванітамі і правабаковай гэміанопсіяй. Часам бываюць прыступы парэстэзій у правых канцавінах без галаўнога болю і ванітаў. У апошнім часе прыступы ўчасьціліся і стала адыймацца мова. Хворая разумее, што яна хоча сказаць, але ня можа альбо гаворыць ня тое слова. Афазічныя сымптомы трымаюцца некалькі дзён. Памагае пры прыступах гарачы кампрэс. Маюцца фізычныя адзнакі дэгэнэрацыі: пігмэнтацыя вясёлкі, няправільнае разьмяшчэньне зубоў, прыросшыя вушныя мочкі. Прыметных арганічных нэрвовых дэфэктаў няма.

Дакладчык мяркуе, што ў аснове ляжаць пэрыядычныя спазмы коркавых судзін, м.б. галін art. fossae Sylvii sin.

Д-р М. Слуцкая. Дэмонстрацыя 2-х амбуляторных хворых з навязчывымі комплексамі.

1. У першае хворае—навязчывыя ўяўленьні ў часе яды: мыш папала на язык. Хворая разумее ясна, што так не павінна быць. У дзіцячыя гады вельмі баялася мышэй.

2. Хворы Л., 19 г., сірата, рос у дзіцячым доме, быў здаровым дзіцём. Скардзіцца, што пясок папаў у жывот пад рэбры. Трэбаваў нават опэрацыі, каб вынуць пясок, але потым заявіў, што пясок патроху выходзіць пры дэфэкацыі. Хворы амбівалентны: то яму здаецца, што ён вельмі здольны, можа быць профэсарам і г. д., то ён адчувае блізкую сваю пагібель. Дакладчыца лічыць, што ў хворага маецца пачатак шызофрэнічнага процэсу. Расшчапленьне асобы намечана яшчэ мякка.

Д-р. Ф. Багарад. Дэмонстрацыя амбулятарнага хворага Міopathia з выяўленай сямейнасьцю.

Хворы Д., 10 г., прысланы праф. *Сакалоўскім.* Скаргі на слабасьць і падцягваньне рук і ног. У маткі—нешта з хрыбтом. З 5 дзяцей толькі апошняе 7-гадовае здарова. Каленныя рэфлексы адсутнічаюць; слабасьць і атрофія мускулятуры. Сястра, якая прывяла хворага, была нядаўна на апэрацыі з прычыны такога-жа падцягненьня. Другая сястра таксама была на апэрацыі. Адзін брат цяпер знаходзіцца на апэрацыі.

2. Адначасны Plexitis brachialis у 2-х рабочых.

Двое рабочых працуюць насільшчыкамі цэглы на пабудове унівэрсытэту. Захварэлі адначасова, у панядзелак. Скаргі на слабасьць левае рукі. У аднаго блізка поўны паралюш. Ніжнярадыяльны рэфлекс адсутнічае, з biceps і triceps—слабыя. Маюцца вазомоторныя растройствы і парушэньні адчуваньняў. Цікавасьць выпадкаў—у аднакавым профэсыянальным этыолёгічным моманце; ціск „казы“ з цэглаю на плечавое спляценьне.

Д-р Д. Маркаў. Дэманстрацыя хворага з Haemorrhagia subarachnoidalis.

Хворы Э., 49 г., алькоголік. Прывезены ў клініку з дыягназам „мэнінгіту“ ў становішчы рэзкага рухальнага непакою. З боку псыхікі—элемэнты Корсакаўскага сымптомокомплексу. T°—N. Скаргі на вельмі моцныя болі ў галаве і сьпіне. Захварэў два дні назад з двохразоваю кароткатэрміноваю стратаю прытомнасьці бяз усякіх папярэдніх зьяў. Яўных рухальных і адчувальных дэфэктаў не адзначалася. Невялікая рыгіднасьць патылічных цягліц. Умеркаваныя двохбаковыя сымптомы Керніга. Каленныя рэфлексы павышаны. Зьлева часам клёнус ступы, справа—Babinski? У мачы: бялок 0,03 проц. Люмбальная пункцыя: жыжка яўна і роўнамерна крываністая ў 4-х порцыях і пры праколах пад 3-4-5 хрыбеткамі. Пры цэнтрофугацыі над цагляна-чырвоным асадкам празрысты слой чырвонавата-жоўтае жыжкі. Паўторныя пункцыі з 2-х дзеннымі прамежкамі далі той-жа малюнак. RW—O.

Прыблізна праз месяц хворы выпісаўся клінічна-здаровым.

Пасяджэньне 29 лістападу 1928 г.

Д-р П. Каравайчык. Дэманстрацыя хворага Р. з аміотрофічным бакавым склерозам з бульбарнымі зьявамі.

Д-р М. Кантар. Дэманстрацыя хворае К. з Selerosis lateralis amyotrophica.

Д-р І. Бэйлін. Дэмонстрацыя хворага Е. (Tumor spinalis).

Скаргі на паралюш ног і слабасьць левае рукі з нарастаньнем зьяў на працягу 2-х гадоў. Об'ектыўна адзначана: спастычная ніжняя параплегія з патолёгічнымі рэфлексамі; слабасьць левае верхняе канцавіны з атрофіямі ў раёне іннэрвацыі ніжніх шыйных і верхніх грудных карэнчыкаў. Нязначная слабасьць правае верхняе канцавіны. Адчуваньні парушаны на ўсе гатункі, пачынаючы ад узроўню 1-га груднога карэнчыка. Абаронныя рэфлексы атрымліваюцца да верхняе граніцы анэстэзіі і нават вышэй. Болі ў раёне лапатак. На ніжніх канцавінах павярхоўныя адчуваньні больш расстроены зьлева, а глыбокая і рухавая сфэра—справа. Дыягназ: Нарасьць у раёне сэгмэнтаў C^{7}—$^{8}D^{1}$ ззаду. Тэрапія Laminectomia.

Пасяджэньне 6 студзеня 1929 г.

Д-р. П. Каравайчык. Дэманстрацыя хворага К. (*Tumor cerebli*).

Хворы К., 43 г., бел., паступіў у клініку са скаргамі на дрэнную мову і няўладаньне правымі канцавінамі. У анамнэзе:—моцны алькоголізм апошнія 7 гадоў.

Па словах хворага за тыдзень да паступленьня ў клініку ён заўважыў аняменьне і нялоўкасьць у правых канцавінах. У працягу трох дзён яны зусім адняліся. Адначасова стала горшыцца мова; хворы не знаходзіў належных слоў дзеля выказваньня, замест адных слоў ужываў другія.

Пры паступленьні: поўная правабаковая гэміплегія з павышэньнем тонусу і рэфлексаў і з наяўнасьцю Babinsk'ага і Oppenheim'а. Паніжэньне адчуваньняў справа. Брушныя рэфлексы справа адсутнічаюць. Амнэстычная афазія, аграфія, у меншай меры—алексія. Апраксія, Fingeragnosie. Ціск сьпінна-мазговае жыжкі павышаны. Слаба дадатныя бялковыя рэакцыі.

Праз тры дні пасьля паступленьня: брадыкардыя, ваніты, поўная афазія, язык управа. На працягу тыдня мова паляпшаецца да ранейшага становішча.

У далейшым зьяўляюцца пірамідныя патолёгічныя рэфлексы на ніжніх канцавінах з двох бакоў. Птоз зьлева, парэз n. abducentis зьлева, рыгіднасьць патыліцы, Кернігі. Праз $2^1/_2$ месяцы значна ўзмацненьне эфазіі—хворы перастае разумець мову. Застойныя сыскі. Нятрыманьне мачы і калу. Спачатку клінічныя зьявы ўкладваліся ў малюнак тромбозу галін arteriae fossae Sylvii sin. Цяпер-жа прыходзіцца думаць аб тумары ў левай гэміефэры ў пар'етальнай долі з ростам наперад і ўніз.

P. S. На сэкцыі знайдзены вялікі інфільтратны тумар у зазначаным раёне.

Пасяджэньне 10-га студзеня 1929 г.

Д-р М. Сандамірскі. Дэманстрацыя хворае Р. (Encephalitis epidemica з бульбарнымі сымптомамі і сударжнымі прыпадкамі). Выпадак увайшоў у артыкул дакладчыка: „Прыпадкі пры эпідэмічным энцэфаліце“, пасланы ў часопісь „Современная Психоневрология“.

Д-р Ф. Багарад і д-р В. Шэйнюк. Выпадак эпідэмічнага энцэфаліту з кружэньнем цела вакол падоўжнае восі.

Дэманструецца хворы 22-х год, у якога за апошнія паўгода разьвілося прымусовае кружэньне цела вакол падоўжнае восі. Пры ляжаньні кружэньня няма. Пры сядзеньні альбо стаяньні галава паварочваецца ўправа, правае плячо назад, левае—наперад і ўвесь хворы круціцца направа. Зрабіўшы 2-3 павароты, хворы некалькі крокаў ідзе проста. Хада па коле альбо хада ракам ня спыняе кружэньня. У анамнэзе—інфэкцыя з далейшай бяссоньніцай. Об'ектыўна: шыйныя тонічныя рэфлексы Magnus'а (толькі седзячы альбо стоячы), некаторыя ўстановачныя рэфлексы Hoff і Schilder'а. Ardyl-Robertson. Павышаная суб'ектыўная чуласьць да досьледаў вэстыбулярнага апарату па Barany пры адсутнасьці рэакцыйнага ністагму справа і паніжэньні зьлева. PQ (бром) 2, 3. Ціск сьпіннамазговае жыжкі павялічаны. На lues даных няма.

Аўтары трактуюць свой выпадак, як своеасаблівую вэстыбулярную форму эпід. энцэфаліту з своеасаблівым установачным рэфлексам ад паражэньня вэстыбулярнага апарату.

Праф. М. Кроль: у хворага ёсьць атэтоз справа, парушэньне каардынацыі справа, адсутнасьць оптокінэтычнага ністагму справа, палепшаньне зьяў пасьля пункцыі. Па Magnus'у Körperstellreflex лёкалізуецца вышэй чырвонага ядра. У сувязі з гэтым лёкалізацыя не ў ствале, але вышэй. М. б. ёсьць гідроцэфалія, больш у левым страўнічку. Torticollis, м. б., залежыць ад pallidum, ад растармажэньня ўстановачных рэфлексаў.

Пасяджэньне 19 студзеня 1929 году.

Д-р Э. Мінкіна. Дэманстрацыя хворае К. (*Tumor caudac equinae*).

Хворая, 40 г., паступіла з скаргамі на болі і слабасьць у ніжніх канцавінах, нятрыманьне мачы, затрыманьне калу.

Хвароба пачалася за 9 тыдняў перад паступленьнем у клініку: спачатку болі ў левай ступе, потым ва ўсёй левай назе і крыжы, далей у правай назе, затрыманьне калу і мачы, слабасьць ног. За месяц да паступленьня ў клініку затрыманьне мачы зьмянілася нятрыманьнем. Об'ектыўна: anisocoria, вялы, атрофічны paraparesis inferior, больш зьлева. Каленныя рэфлексы зьменнае інтэнсыўнасьці, Ахіллавы не выклікаюцца. Хада—атактычна-парэтычная. Гіпэстэзія на ўсе гатункі ў раёне люмбальных і сакральных карэнчыкаў, у раёне S_4—S_5 поўная анэстэзія. Слаба дадатныя бялковыя рэакцыі ў сьпіннамазговай жыжцы. RW—0. PQ (бром)—2,51.

Дыягназ: Tumor caudae equinae (Arachnoiditis?).

Праф. М. Кроль адзначае, што паражэньне вышэй: першая паясьнічная хрыбетка, дзеля расстройстваў адчуваньняў, а м. б. і 12-ая грудная (дзеля прысутнасьці каленных рэфлексаў).

Опэрацыйнае ўмяшаньне апраўдала дыягназ.

Д-р П. Каравайчык. Дэманстрацыя хворага С. (*Compressio medullae spinalis*).

Хворы С., 45 г., бел., паступіў са скаргамі на боль у правым баку слабасьць ног.

Тры гады назад пачаліся болі ў сьпіне справа, якія нарастаюць і за тры месяцы да паступленьня ў клініку перайшлі таксама на левы бок і сталі абкружаць поясам на ўзроўні пупка. Аслабленьне ног—гады паўтары, нарастае. Об'ектыўна: затрыманьне мачы і калу, спастычны парапарэз ніжніх канцавін, больш у проксімальных аддзелах. Пры рэзкіх пасыўных рухах галавы—боль унізе грудное часткі хрыбту ззаду. Гіпэстэзія ад D_1 уніз, з двох бакоў, блізка поўная анэстэзія на ўзроўні D_3—D_5 справа і ад D_8 уніз двохбакова. Балявое, тактыльнае і лёкалізацыйнае адчуваньні ад D_8 уніз амаль адсутнічаюць. Двумернае і холад: D_8—D_{10} дрэнна, ад D_{10} уніз—анэстэзія; цяпло: D_8—D_{11} дрэнна, ад D_{11} уніз анэстэзія. Глыбокае адчуваньне ў ніжніх канцавінах рэзка парушана. Электраскурнае і вібрацыйнае адсутнічаюць ад D_8. Высокія сухажыльныя рэфлексы на ніжніх канцавінах, Babinski. Абаронныя рэфлексы на этэр і фарадычны ток справа зьнізу да пахвіннае складкі, зьлева трохі на жываце. Рэфлекторны дэрмографізм: D_3—D_8 дрэнна, ад D_8—няма, таксама пілёмоторны рэфлекс ад шчыпаньня m. trapezii. Цэнтральнае паценьне: дрэнна D_3—D_5 і адсутнасьць ад D_7 справа, D_9 зьлева. У сьпіннамазговай жыжцы компрэсыйны сындром. Пасьля пункцыі на 2 тыдні прапалі фэнамэны Babinsk'ага і гіпэстэзія ў раёне D_1—D_2 зьмянілася гіпэрэстэзіяй. За 2 месяцы прабываньня хворага ў клініцы парапарэз перайшоў у параплегію, межы адчуваньняў засталіся бяз зьмен. Рэнтгэнографія ўсяго хрыбта не дала ўказаньняў. Антылю-

этычнае лячэньне (зробленае, хоць на lues ня было даных) не дало вынікаў. Ад опэрацыі хворы адмовіўся.

Дыягназ: Compressio medullae spinalis. M. б. tumor альбо пахімэнінгіт на доўгім працягу з двума месцамі больш рэзкага разьвіцьця.

Д-р *І. Бэйлін, Д. Маркаў* і праф. *М. Кроль* выказаліся за адзіную верхнюю лёкалізацыю са здаўленьнем правадных шляхаў. Праф. *М. Кроль* зьвярнуў увагу, што граніца двумернага адчуваньня ніжэй і што ў сувязі з гэтым м. б. працэс сьпераду, м. б. ад целаў хрыбетак.

Пасяджэньне 24 студзеня 1929 г.

Д-р Д. Маркаў. „Остэоартропатыі хрыбта ў табікаў". (Паслана для друку ў часопіс „Русская клиника").

Д-р М. Слуцкая. Інфармацыйны даклад аб дзейнасьці псыханэўралёгічнага дыспансэру ў Маскве.

Пасяджэньне 31 студзеня 1929 г.

Д-р І. Бэйлін. Дэманстрацыя хворага К. (Dystrophia adiposo-genitalis. Gynecomastia).

Хворы 44 г., яўр., паступіў са скаргамі на галаўныя болі. Адклады тлушчу па тыпу Dystrophia adiposo-genitalis, адсутнасьць ўтарычных плоцьцевых адзнак, дзьве жаночыя грудзі, пры чым у левай прашчупваецца яўная дольчатасьць. Акромікрыя. Дакладчык мяркуе прыражонае захварэньне hypophysis ці hypothalamus.

Пасяджэньне 7-га лютага 1929 г.

Д-р Э. Мінкіна. Выпадак Myelitis finicularis, лечаны печанямі без асаблівага посьпеху.

Д-р А. Кукес. Дэмонстрацыя хворага з люмбо-сакральным фунікулітам.

Пасяджэньне 14-га лютага 1929 г.

Д-р М. Сандамірскі. Дэмонстрацыя хворае К. з проксімальнай лёкалізацыяй полінэўрыту.

У паралель да дэманструемага выпадку дакладчыкам была зачытана таксама гісторыя хваробы хворага І., незадоўга перад тым ляжаўшага ў палаце д-ра *Каравайчыка* пры сходнай лёкалізацыі і пачатку. Хворы паступіў праз 10 дзён ад пачатку хваробы і добра паправіўся.

Пасяджэньне 21-га лютага.

Д-р Р. Гарэлік. Выпадак: Narcolepsia post encephalit. epid.

Хворая А., 26 г., бел., паступіла са скаргамі на галаўны боль, ваніты, зьнячуленьне левае палавіны цела, прыпадкі сну на 3--4 дні. Перад прыпадкамі: галаўны боль, дваеньне. Пасьля прыпадкаў—слабасьць, галавакружэньні, ваніты. Прыпадкі пачаліся 2 гады назад і бываюць раз у некалькі месяцаў у сувязі з няпрыемнасьцямі. У нэрвовым аддзяленьні акружное б-цы адзначана, што ў часе прыпадку T° павысілася да 39°. У апошнім часе прыпадкі ўчасьціліся.

Об'ектыўна: астэнічная констытуцыя, раздражлівасьць, эфэктыўнасьць, зьменны настрой, унушаемасьць і самаўнушаемасьць. Концэнтрычнае звужэньне поля зроку, VOD—0,5; VOS—1,0. Двaеньне пры

поглядзе ўверх і ўлева. Птоз справа. Парэз n. facialis inf. sin., часам цік n. facialis dext. Левабаковая гэміанэстэзія. Гіпотонія пры прыпадках. Адыядохокінэз і паніжэньне рэфлексаў зьлева. Апрача прыпадкаў сну. адзначаны прыпадкі раптоўнага паданьня бяз страты прытомнасьці (раптоўная страта тонусу).

Д-р А. Файнгольд. Да пытаньня аб навуковым абгрунтаваньні франклінізацыі.

У 20 хворых дасьледавалася да і пасьля франклінізацыі: 1) пульс (часьць і крывая на сфігмограме), 2) дыханьне, 3) крывяны ціск, 4) T° цела і скурная, 5) сутачная колькасьць мачы. Ужывалася агульная франклінізацыя на 5—10 хвілін двохполюсная, анодная, катодная з напружаньнем 31—56 тысяч вольт. Вынікі: дыханьне, колькасьць мачы—блізка бяз зьмен, крывяны ціск павялічваўся альбо памяншаўся да 10 м. м. жывасрэбнага слупа. Ва ўсіх выпадках нязьменна зьмяншалася колькасьць пульсавых удараў ад 2 да 12 у хвіліну, паднімалася T° ад 0,2 да 0,5°; у некаторых выпадках сфігмограма паказвала нярэзкае павялічэньне дыкротычнае хвалі.

Другія досьледы датычаць: 1) капільляраў (пераважна ногцявае маціцы) перад і пасьля статыстычных эффлювій і іскраў; 2) уплыву статычнае ванны на лейкоцытаў (колькасьць і формулу); 3) уплыву ўсялякіх электростатычных процэдураў на судзіны ізоляванага вуха труса (па мэтоду проф. *Кравкова*).

Вынікі: іскры выклікаюць гусіную скуру, пачырваненьне, а больш моцныя—цеставатую прыпухласьць, падобную да urticaria factitia. Капільляры на гэтых месцах пашыраны, асабліва рэзка капільляры падкапільлярнага спляценьня, часамі творачы суцэльнае чырвонае поле. На мясцох больш моцных іскраў капільляраў ня відаць, можа быць, ад сэрознага набраканьня. Пасьля 10—15 эффлюзій у капільлярах ногцевай маціцы зьяўляецца інтэнсыўны ток крыві (у выглядзе „зернятак і глыбак", якія нясуцца з больш тонкага артэрыяльнага ў шырокае вэнознае калена), капільляры робяцца больш ін'ецыраванымі, больш інтэнсыўна афарбаванымі, што паказвае на палепшаньне крывязвароту і ўзмацненьне ў іх току крыві: кроў дасьледвалася ў труса, дакладчыка і 4-х хворых нашча: до, зараз-жа, праз 1 і 2 гадзіны пасьля агульнае франклінізацыі, 10—20 хвілін напружанасьцю ў 56 і болей тысяч вольт. У 2-х выпадках атрымалася павялічэньне, у 4-х зьмяншэньне колькасьці леўкацытаў са зваротам блізка да нормы праз 2 гадзіны. У 7 з 12 досьледаў над ізоляванымі вушамі трусоў пад уплывам статычных ваннаў, іскраў і мясцовых эффлюзій атрымалася большменш прыметнае пашырэньне, у 3-х спазм судзін з нарастаньнем.

Даклад мае характар папярэдняга паведамленьня. Досьледы працягваюцца. У сучасны момант вядуцца досьледы над выяўленьнем уплыву статычнае электрычнасьці на дыфузыю іодзіонаў у жывой цягліцы труса па мэтоду проф. *Шчэрбака*.

Вывад дакладчыка: статычная электрычнасьць не індэфэрэнтна, але ёсьць біолёгічным раздражніцелем.

Д-рамі *П. Каравайчыкам, І. Бэйліным і М. Мельнікавым* зроблены рад заўвагаў аб удасканаленьні мэтодыкі.

Д-р *Маркаў*: сярод нэўропатолёгаў пашыраны скэптычны погляд на франклінізацыю, а карыстаньне ёю шырокае. Толькі цяпер у розных мясцох СССР пачалося экспэрымэнтальнае вывучэньне справы.

Праф. *М. Кроль* адзначае важнасьць досьледаў, якія трэба працягваць.

Пасяджэньне 14-га сакавіка 1929 г.

Д-р А. Кукес. Выпадак: Torticollis post encephalitidem.

Хворы Гн., 21 г., бел. Скаргі на галаўныя болі, дваеньне, прыцягваньне галавы да левага пляча. Гады $1^1/_2$ назад траўма шыі, пасьля чаго хворы ляжаў 2—3 тыдні. Мінулай зімою адзначалася санлівасьць, дваеньне, сьлінацячэньне. Об'ектыўна, Anisocoria: OD > OS. Парэз вочных цягліц: OD—m. m. rect. inf. et sup. OS—m. m. rect. sup., med. et. lat. Ністагм асабліва пры поглядзе ўлева. Парэз n. facialis inf. dextri. Язык адхіляецца трохі ўлева. Галава нахілена ўлева, падбародак уверх і ўправа. Лябірынт—N, левы кохлеарны апарат парушаны. Паніжэньне адчуваньняў з дысоцыяцыяй у раёне C_1—D_1.

Д-ры *Р. Гарэлік, І. Бэйлін* выказаліся за haematorrhachis + encephalitis.

Праф. *М. Кроль:* данных за haematorrhachis мала, але haematomyelia магчыма. У сучасную эпоху ёсьць пагроза часьцей ставіць дыягназ эпід. энцэфаліту, чым ён бывае ў сапраўднасьці.

Пасяждэньне 4 красавіка 1929 г.

Д-р М. Сандамірскі. Дэманстрацыя хворага Д. (Tymor cerebri? Sclerosis disseminata).

Хворы Д., 28 г., бел. Скаргі—на моцныя галаўныя болі, больш справа, слабасьць канцавін, страту зроку. Хворы 9 месяцаў. Спачатку зьявіліся галаўныя болі, потым слабасьць і нарэшце—пагоршаньне зроку.

Об'ектыўна: VODS = сьвятлаадчуваньню, застойныя сыскі з гэмаррагічным калясысковым рэтынітам. Гіпэстэзія левае паловы твару, парэстэзіі на правай палове. Язык трохі ўправа. Пераўзбудзімасьць абодвых вэстыбулярных апаратаў. Лёгкі парэз левых канцавін, лёгкае нарушэньне каардынацыі, лёгкі адыядохокінэз зьлева. Babinski з двох бакоў, клёнус накаленьніцы зьлева. Павышаны ціск сьпінна-мазговае жыжкі і патроена колькасьць бялкоў. PQ (бром)—2,71.

Д-р Д. Маркаў: аканчальна трудна выказацца: tumor ці sclerosis disseminata. Асноўныя скаргі—агульна мазговыя сымптомы. Пры адносна вострым разьвіцьці sclerosis disseminata бывае большы плеоцытоз. Тут значнае раскіданасьці няма, але ўлажыць у адзін ачаг трудна. Калі ўкладываць, дык у правую вісочнацемянную са здаўленьнем lobuli paracentralis зьлева.

Д-р *П. Каравайчык:* такое выбіральнае здаўленьне lobuli paracentralis на другім баку, пры даволі далёкім тумары без значнейшых сымптомаў на сваім баку малапраўдападобна. Калі думаць аб нарасьці, трэба думаць аб дзьвёх (а м. б. і больш).

Д-р *Мельнікаў* падтрымлівае дыягназ тумару. Здаўленьне можа быць не беспасрэднае, але праз парушэньне цыркуляцыі.

Праф. *М. Кроль:* падыйсьці 'дакладна да месца і характару хваробы трудна. Але дыягназ тумару неяк мала падходзіць (па інтуіцыі). Тумар павінен быў-бы быць вельмі вялікім, каб давіць на lobulis paracentralis з другога боку. Было-б больш чэрапных нэрваў на сваім баку ад ціску ўніз. Галаўны боль не такі рэзкі, як пры тумарах. Бляшкі-жа звычайна ня робяць значнага ціску, але лёгкі без асаблівага парушэньня функцыі.

Пасяджэньне 5-га красавіка 1929 г.

Д-р П. Каравайчык. Дэманстрацыя хворага з дыягназам мазговага абсцэсу.

Хворы Ц., 36 г., бел. Скаргі на боль галавы, пагоршаньне зроку, ваніты. Анамнез собраны няпоўна са слоў хворага. 10 тыдняў назад пачаліся галаўныя болі, 5 тыдняў назад аднавілася гноецячэньне з правага вуха. Об'ектыўна: хворы часам дрэнна орыентуецца, наогул затарможаным, асабліва пацярпела памяць. Часам хворы апавядае непраўдападобныя рэчы. Ваніты некалькі разоў на дзень. Шыйныя лімфазалозы справа павялічаны. Зрок паніжаны. Поле зроку і дно вока без асаблівых адхіленьняў. Argyl-Robertson. Парэз правага ніжняга n. facialis. Otitis media purulenta chronica dextra. Нярэзкая чуласьць правага сыскаватага адростку пры пастукваньні. Отоскопічна—навісаньне задняе верхняе сьценкі слухавога праходу. Вэстыбулярны апарат справа некалькі раздражнены. Некаторая рыгіднасьць патыліцы. Некаторае аслабленьне сьціску правае рукі. Некаторае пагоршаньне каардынацыі справа, адыядохакінэз справа. Адчувальная сфэра—N. Рэфлексы: корнэальны і кон'юнктывальны—дрэнныя зьлева, адсутнічаюць справа, Leri і Mayer слабей справа, часам намёк на Babinsk'ага зьлева, часам ёсьць Oppenheim і Gordon зьлева. Ціск сьпіннамазговае жыжкі—зьлёгка павышаны. Леўкацытоз пры нармальнай T° 14.000 і 17.000.

Дакладчык мяркуе абсцэс у задняй чэрапной ямцы справа.

Д-р *Д. Маркаў* выказваецца за абсцэс у сярэдняй чэрапной ямцы справа, у ніжняй частцы правае ві́сочнае долі.

Праф. *М. Кроль* далучаецца да *Д. Маркава.* Ход дыягназу ў заднюю чэрапную ямку больш грунтуецца на паказаньнях отолёгаў, але нэўралягічныя сымптомы ясна вядуць у сярэднюю чэрапную ямку: дрэнныя зрэнкі (ціск на III пару), areflexia corneal справа, паталёгічныя рэфлексы зьлева. Nervus facialis, м. б., пацярпеў у канале. Застаецца адыядохакінэз, які ня можа тлумачыцца вісочнай доляй. М. б., ёсьць яшчэ дадатковы абсцэс у мозачках справа. P. S. Хворы быў скіраваны на апэрацыю ў вушную клініку і апэрыраваны праф. *Бураком.* Пад праваю тэмпаральнаю доляю знойдзена 3—4 к. с. сьветлае жыжкі (плеоцытоз 100/3, Pandy +, Weichbrodt—опал., N—0). Каля мозачкаў нічога ня знойдзена. Пункцыя вісочнае долі і мозачкаў нічога ня дала. Опэрацыя зроблена пад мясцовым наркозам. Пасьля апэрацыі сымптомы засталіся па-ранейшаму. Праз дзень хворы памёр. На ўскрыцьці знойдзены: ачаг велічыні з курынае яйко ў белай матэрыі *левае* гэмісфэры, напоўнены кашкаватаю чырвона-шэраю масаю, з тонкаю лятэральнаю і больш тоўстаю (каля 1 см.) мэдыяльнаю сьценкаю. Гісталёгічны досьлед выявіў цэнтральна-разьмякчоную гліому. У сьпінных мазгох знайдзены ачаговыя зьмены ў пірамідных шляхох зьлева, а таксама і ў іншых мясцох.

Пасяджэньне 11 красавіка.

Д-р Ф. Багарад. Дэманстрацыя двох амбуляторных дзяцей са спадчынным ністаграмам, дрыжаньнем галавы і альбінізмам.

Д-р Слуцкая. Дэманстрацыя амбуляторнага хворага—дэбільнага мазахіста 24 г.

Д-р П. Каравайчык. Дэманстрацыя хворага Ц. (Tumor cerebelli? Sclerosis disseminata? Hysteria?).

Хворы Ц., 18 г., бел. Скаргі: боль у галаве, дзяснах і па ўсім целе, плаксівасьць, пякотка, падкотваньне нечага пад горла, сьвёрб па ўсім целе, слабасьць. Хворы 4 месяцы, ад часу сьмерці сястры. Хворы—

астэнік. Поле зроку канцэнтрычна звужана. На дне вока адны вочнікі знаходзілі некалькі пашыраныя судзіны, другія—N. Некаторая няпэўнасьць пры носапальцавай пробе, больш зьлева. Некаторыя асынэргіі: нахіленьне назад па Babinsk'аму, уставаньне з табурэту, уставаньне з падлогі. Пры апошняй пробе левая нага паднімаецца больш. Пры пасыўным адвядзеньні і паданьні рук левая бальлётыруе. Пры стаяньні хіліцца назад. Некалькі зьменшаныя лічбы пры пробах вібрацыйнага адчуваньня. Рэфлексы—N. Об'ектыўныя зьявы зьменчывы і ад псыхатэрапіі і франклінізацыі значна зьменшыліся.

Дакладчык лічыць, што вытлумачыць гэтыя раскіданыя, хоць і мінімальныя зьявы адной Ну трудна. Пры амбуляторным прыёме ў хворага падазравалі нават tumor cerebelli, але дакладчык больш схіляецца да пачатковае, лёгкае формы sclerosis disseminata.

Д-р *Д. Маркаў*: арганічных сымптомаў так мала і яны так зьменны (адзін дзень больш, другі—менш), што ім трудна прыдаваць значэньне. Але катэгарычна адхіляць органічную падкладку нельга.

Праф. *М. Кроль:* усе зьявы датычаць мозачковых сыстэм. Гэта гаворыць больш за sclerosis dissem. Процiў Ну гаворыць множнасьць сымптомаў, ня зьвязаных псыхалёгічна, але якія можна аб'яднаць анатомічна.

Пасяджэньне 18-га красавіка 1929 г.

Д-р Ф. Багарад. Дэманстрацыя хворага з Tumor hipophyseos.

Д-р П. Гарэлік. Дэманстрацыя амбуляторнага хворага (Encephalitis?)

Д-р П. Каравайчык. Дэманстрацыя хворага П. з сымптомам „не сапраўдных“ застойных сыскоў (Pseudoneuritis optica, Hypermetropia).

Хворы П., 34 г., бел. Скарга, што ад 1923 г. усё горш стаў чытаць. Прыехаў у Менск атрымаць акуляры, а вочнік знайшоў двохбаковыя застойныя сыскі і паслаў у нэрвовую клініку. Об'ектыўна з боку нэрвовае сыстэмы нічога паталёгічнага ня знойдзена (у жыжцы таксама). Поле зроку на ўсе колеры—N. Хворы быў пасланы на кансультацыю ў вочную клініку. Па дасьледваньні офтальмоскопом Gullstrand'а ў вочнай клініцы большасьцю галасоў пастаноўлена, што маецца псэўдонэўрыт, які можа быць пастаўлены ў сувязь з гіпэрмэтропіяй, большай за тры дыаптрыі. Вострасьць зроку з коррэкцыяй здавальняючая.

Дакладчык лічыць, што пакуль што трывога аказалася дарэмнаю, але хвораму варта паказацца праз паўгода.

Лёгопэд Фрыдман. Дэманстрацыя рабфакаўца з лёгофобіяй, пасьля лячэньня.

За 2 месяцы заняткаў рабфакавец гаворыць зусім добра. Выпадак сярэдні па цяжкасьці, бяз спадчынных указаньняў.

Д-р Д. Маркаў. Дэманстрацыя мазгоў хворага В. (Encephalitis haemorrhagica?

Хворы В., 32 г., бел. Паступіў са скаргамі на галаўны боль, неўладаньне левымі канцавінамі, пагоршаньне зроку.

4 тыдні назад на працягу 2—3 дзён адняліся левыя канцавіны пры моцным галаўным болі.

Аб'ектыўна. Visus: Ледзь прыкмячае руку на 25—30 см., поле зроку нельга выясьніць, але гэміанопсіі няма. Вочнае дно—N. Блізка поўная

офтальмоплегія, птоз справа, а потым і зьлева. Парэз левага ніжняга, а часткова і верхняга n. facialis. Язык — улева. Рыгідная hemiplegia зьлева. На верхніх канцавінах рэфлексы жывей зьлева, Leri і Mayer паталёгічны зьлева. На ніжніх канцавінах: рэфлексы высокія, часам клёнусы ступ, падашвовы зьлева адсутнічае.

Зьвяртае на сябе ўвагу адсутнасьць Babinsk'ага і інш. патолёгічных рэфлексаў.

Мова дызартрычна. Хворы агульна затарможаны, знаходзіўся ў сьпячцы, якая нарастала разам з іншымі зьявамі.

Дакладчык меркаваў ачаг (магчыма энцэфалітычны) галоўным чынам у раёне правае мазговае ножкі.

На ўскрыцьці знойдзена: няплотны, чырвонаваты ачаг (гэморрагічны?), з няроўнымі краямі; захапляе правую мазговую ножку, гіпоталямічны раён і часткова пашыраецца на левую старану.

Сакратар Канфэрэнцый д-р *П. Каравайчык.*

Хроніка мэдыцынскага факультэту БДзУ.

Дэканам Мэдыцынскага факультэту ў 1928-29 навучальным г. быў праф. *М. Б. Кроль*, нам. дэкана д-р *У. Н. Башкевіч*, прадстаўнік ад студэнтаў тав. *Куўшынаў*.

Адчынена новая катэдра патолёгічнай фізыолёгіі, на якую абран праф. *Н. В. Колпікаў*. Таксама выдзелены: дацэнтура па судовай мэд., на якую абран дацэнт *В. Ф. Чарвакоў*, дацэнтура па курсу агульнай хірургіі з пропэдэўтычнай клін.—дац. *Я. В. Корчыц*, па інфэкцыйным хваробам—дац. *Х. І. Манасзон*, выдзелены дацэнцкія курсы па прапэдэўтыцы ўнутраных хвароб—дацэнты *Р. Е. Гінзбург* і *Л. Я. Сітэрман*. Дацэнту *Трэмповічу* даручана чытаць курс па топографічнай анатоміі і апэрацыйнай хірургіі.

У 1928-29 нав. годзе Прэзыдыум Мэдыцынскай сэкцыі навуковага таварыства па БДзУ мелі наступны склад: Старшыня: праф. *Ф. О. Гаўсман*, сябры: праф. *М. Б. Кроль*, *Б. Я. Эльбэрт*, дацэнт *Я. Л. Маршак*, сакратаром быў асыстэнт *Н. Ф. Фурс*. Сэкцыя мела наступныя пасяджэньні:

1. 14-VI-28 г. Даклад пр. дацэнта *Арндта* з Нямеччыны: вывучэньне вальлёвай хваробы і яго заданьні.
2. 31-X-28 г. Даклад праф. *Рубашова*—Вандруючы тромбафлебіт пры спонтаннай гангрэне.
3. 14-XI-28 г. Дацэнт *Трэмповіч*—Да пытаньня аб асяродзьдзі парэнхыматозных органаў.
4. 28-XI-28 г. Даклад д-ра *Маркава*—Аб хронаксымэтрыі.
5. 12-XII-28 г. 1) Даклад д-ра *Іргера*—Новы спосаб праніканьня да III галіны трайчастай нэрвы; 2) Даклад д-ра *Я. Шапіра*—Да пытаньня аб уплыве хэмізму крыві на сэкрэцыю падстраўнічай залозы.
6. 26-XII-28 г. Даклад праф. *Гаўсмана*—Аб сухотных гэпатытах.
7. 8-II-29 г. Праф. *Збарскі* (Масква)—Роля эрытроцытаў у бялковым абмене і амінокіслотная тэрапія.
8. 28-II-29 г. Д-р *Пісьмароў*—Аб сувязі гіперпнай з утрыманьнем углякіслаты ў альвеолярным паветры пры інфэкцыйных хваробах.
9. 16-III-29 г. Д-р *Маркаў*—Табэтычныя остэоартропатыі хрыбетнага слупу. Праф. *Эльбэрт*: „Экспэрымэнтальныя досьледы аб мэханізму інфэкцыі з палачкаю паратыфу В“.
10. 30-III-29 г. Д-р *Ліпец*—„Да пытаньня аб дзейнасьці сыраваткі Трунэчыка“.

11. 13-IV-29 г. Д-р *Дзіхцяр*—Да пытаньня аб зьмене газаабмену ў час работы пры розных умовах пытаньня. Пр. дац. *Паўлава-Камінская*: „Да пытаньня аб катарактах маладога ўзросту“.

12. 20-IV-29 г. Праф. *Познанін* (Смаленск)—„О возможности предсказания клинического течения плоскоклеточного рака на основании гистологической картины“.

У красавіку і маі быў праведзен „акадэмічны паход“, у якім прымалі актыўны ўдзел навуковыя працаўнікі і студэнты. Вынікі яго часткова ляглі ў аснову навучаньню пляну наступнага году.

На факультэце працавалі наступныя прадметныя к-сіі: 1) анатомічная—старшыня: праф. *І. Т. Тітоў*, 2) фізіолёгічная—старшыня праф. *Л. П. Разанаў*, 3) Гігіена-прафіляктычная — старшыня дац. *М. .. Барсукоў*, 4) Тэрапэўтычная—старшыня праф. *С. М. Мелкіх*, 5) Хірургічная—старшыня праф. *С. М. Рубашоў*.

Апроч пасяджэньняў асобных прадметных камісій, часта склікаліся агульныя сходы ўсіх прадметных к-сій, на якіх ставіліся справаздачы дэканату і праўленьня, а таксама больш навочныя пытаньні (аб навучальным пляне, аб мэтодах працы, а беларусізацыі і г. д.).

ЗЬМЕСТ

Стар.

Дацэнт С. Р. Дзіхцяр. Дэклясаваныя яўрэі г. Менску (вопыт сацыяльна-гігіенічнага дасьледваньня) 3

Асьпірант д-р П. Я. Герке. Да пытаньня аб пабудове ядзерак кішочнага эпітэлію ў Angiostomum (Rhabdonema nigrovenosum) 122

Асыстэнт Д. М. Голуб. Выпадак анамальнага адхаджэньня a. subcl. dextra ззаду a. subcl. sin пры наяўнасьці Truncus bicaroticus і правабаковага ўпадзеньня ductus thoracicus. 132

І. Д. Андрэяў. Левабочнае становішча ніжняй часткі V. cava inferior . . 140

Асыстэнт Л. Е. Тарановіч. Да пытаньня аб уплыве разумовай працы на пэраксідазу і каталязу крыві 148

Я. Е Шапіра. Паказчык ліпазы крывяной сыраваткі пры ўнутраных і інфэкцыйных захварэньнях і яго паралелізм з рэакцыяй асаджэньня эрытрацытаў, р. Matèfy і малюнкам белай крыві. 155

Дацэнт М. Н. Шапіра. Аб пад'зьвіхах чаўнаватай косьці прыдалоньня . . 202

Праф. М. П. Сакалоўскі. Справаздача аб працы 2-ой хірургічнай клінікі Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту за 5 год (1923--1927 г. г.) . . 206

Пратаколы канфэрэнцый дактароў клінікі нэрвовых хвароб Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту за 1928-29 год 235

Хроніка мэдыцынскага факультэту БДзУ 258